Franziska Schutzbach

POLITIKEN DER GENERATIVITÄT

Reproduktive Gesundheit, Bevölkerung und Geschlecht. Das Beispiel der Weltgesundheitsorganisation



[transcript] GenderStudies

Franziska Schutzbach
Politiken der Generativität

Gender Studies



Für meine Kinder Imre und Liv

In Gedanken an Adrian

Franziska Schutzbach, geb. 1978, lehrt im Bereich Gender Studies an verschiedenen Universitäten in der Schweiz und in Deutschland. Ihre Forschungsschwerpunkte sind u.a. Politiken der Generativität und reproduktive Gesundheit, rechtspopulistische Kommunikationsstrategien und Antifeminismus.

Franziska Schutzbach

Politiken der Generativität

Reproduktive Gesundheit, Bevölkerung und Geschlecht.

Das Beispiel der Weltgesundheitsorganisation

[transcript]

Publiziert mit Unterstützung des Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung



FONDS NATIONAL SUISSE
SCHWEIZERISCHER NATIONALFONDS
FONDO NAZIONALE SVIZZERO
SWISS NATIONAL SCIENCE FOUNDATION

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.



Erschienen 2020 im transcript Verlag, Bielefeld

Umschlaggestaltung: Maria Arndt, Bielefeld
Korrektorat: Dr. Wolfgang Delseit, Köln
Druck: Majuskel Medienproduktion GmbH, Wetzlar
Print-ISBN 978-3-8376-5022-8
PDF-ISBN 978-3-8394-5022-2
https://doi.org/10.14361/9783839450222

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier mit chlorfrei gebleichtem Zellstoff.
Besuchen Sie uns im Internet: *https://www.transcript-verlag.de*
Unsere aktuelle Vorschau finden Sie unter *www.transcript-verlag.de/vorschau-download*

Inhalt

Dank

Für die vielfältige und weitreichende Unterstützung der vorliegenden, der Universität Basel dargebotenen Promotionsarbeit danke ich meinen Betreuerinnen und Gutachterinnen Andrea Maihofer und Birgit Sauer für ihre bestärkende Begleitung. Weiterer Dank gebührt dem *Graduiertenkolleg Geschlechterforschung* sowie der *Graduate School of Social Science (G3S)* der Universität Basel, dessen Trägerschaften und meinen Kolleg/-innen, insbesondere Karin Hostettler, Yv. E. Nay, Andrea Zimmermann, Anja Hänsch und Christa Binswanger, die mich mit kritischen und ermutigenden Feedbacks begleiteten und forderten. Danken möchte ich auch dem Graduiertenkolleg *Geschlecht als Wissenskategorie* der Humboldt Universität Berlin, in dem ich zu Gast war und aus dem ich vielfältige Inputs für meine Arbeit mitnehmen durfte. Nicht zuletzt möchte ich mich bei den Studierenden der Universität Basel, Bern und der TU Berlin bedanken, mit denen ich mich im Rahmen von Seminaren und Vorlesungen regelmäßig über meine Forschung ausgetauscht habe und die diese dadurch immer wieder neu befruchtet und weitergebracht haben.

Weitere Menschen, die mich auf meinem akademischen Weg ermutigt, begleitet und unterstützt haben und denen ich von Herzen danken möchte, sind Gabriele Dietze, Sabine Hark, Ulle Jäger, Tomke König, Rebecca Laemmle, Susanne Lettow, Ueli Mäder, Sven Opitz, Patricia Purtschert, Brigitte Röder, Susanne Schultz, Ute Tellmann sowie das Team vom *Zentrum für interdiziplinäre Frauen- und Geschlechterforschung* (ZIFG) an der TU Berlin.

Besonders danken möchte ich außerdem Susanne Schultz für die vielschichtigen Analysen zur Agenda von Kairo, die für mich der Anstoß waren, ebenfalls in diese Richtung zu forschen. Ute Tellmann und Patricia Purtschert gebührt Dank, weil sie meine allersten Projektskizzen kommentierten und mich darin bestärkten, die eingeschlagene Richtung weiterzugehen.

Für mich von unschätzbarem Wert waren auch meine feministischen Weggefährt/-innen und aktivistischen Bezüge, die mich all die Jahre über idealistisch und moralisch aufbauten und mir Spirit und tieferen Lebenssinn einhauchten, wenn trotz Knochenarbeit die Nächte wegen Deadlines draufgingen, weitere Forschungsgelder fehlten oder Stellenabsagen kamen: Anja Blumen und Lisa Müller, Anelis Kaiser, Apiyo Amolo Brändle, Katha Baur, Caroline Faust, Dimitri Rougy, Jolanda Spiess-Hegglin, Anne Wizorek, Kübra Gümüsay, Leila Straumann, die Mitglieder der Gleichstellungskommission Basel-Stadt und *Terre des Femmes Schweiz*. Und nicht zuletzt danke ich meiner netzpolitischen Community, die mich ebenfalls immer wieder ermutigte, mich auch verteidigte in schwierigen Zeiten, in denen ich politischen Angriffen ausgesetzt war und beinahe den Mut und die Kraft für die Forschung verlor.

Für das *Zimmer für mich allein* während der vier letzten intensiven Endspurtwochen danke ich Ingrid Rustermann, Stefan Düblin und Anja Rustermann. In ihrem Haus und Garten konnte ich ungestört meinem Schreibrhythmus nachgehen, wurde sogar mit Essen und Kaffee versorgt und am letzten Abend vor der Abgabe mit leckerem Rotwein beruhigt.

Zuletzt geht mein tiefer Dank an die mir liebsten und engsten Menschen, die an mich geglaubt, mich unterstützt und begleitet haben, die auch meine Schaffenskrisen und Unsicherheiten ertragen und aufgefangen haben: mein Lebensgefährte, bester Freund und Liebster Mikael Krogerus, der nie an meinem Können gezweifelt hat und mich in allem immer vorbehaltlos unterstützte, meine Kinder Liv Helena und Imre Joel, die mich etliche Jahre vor dem abstrakten Bildschirm sitzen sahen (heute verstehen sie zum Glück, was ich da mache), meine Eltern Norga Gura und Roland Schutzbach, mein Bruder Nik Schutzbach und meine

Schwägerin Myriam Diarra-Schutzbach sowie meine Schwiegereltern Solveig und Jörg Scholz, Päivi und Ralph Krogerus, Vreni und Laszlo Csebits, Vero Diarra und Christina Schutzbach. Sie alle haben bei der Familienarbeit mitgeholfen, die Kinder übernommen und waren für mich und uns da. Zu diesem unterstützenden Familienkreis gehören ganz besonders auch Jacqueline Orlowitz, Nayan Paul und Luk Wartenweiler. Danken möchte ich nicht zuletzt auch meiner Tante Roswitha Schutzbach-Böhm und meinem Onkel Ede Böhm, bei denen ich in Berlin regelmäßig zum Arbeiten unterkommen konnte.

Zum Schluss möchte ich meinen langjährigen wie neueren Freund/-innen danken, mit manchen saß ich am Spielplatzrand, konnte über Kindergeburtstage, Fieberzäpfchen genauso wie über Forschungsprojekte und Weltrevolution reden, mit anderen gab es Cocktails, Kaffee und/oder intensive Briefwechsel, mit einigen von ihnen alles aufs Mal: Christine Wiederkehr, Rebecca Laemmle, Fork Burke, Güzin Kar, Rebekka Skartazzini, Karin Hostettler und TA Kuusela, Yv E. Nay, Veronica Brovall und Emil Holmer, Iris Meier, Bea Stauffer und Annina Feller.

Ohne alle diese Menschen wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

1. Einleitung: Politiken der Generativität

> The reproduction of life has always been a central question in nation-states, concerning which kinds of families, and particularly which kinds of mothers, are suitable to raise new generations. The desirable form of the nation is shaped in discourses on Reproduction. Who can reproduce the nation?
> Salla Tuori 2009, 123

Als ich anfing, mir über ein Dissertationsprojekt Gedanken zu machen, wurde in Deutschland und in anderen europäischen Ländern wie Großbritannien gerade über den angeblichen Missbrauch der Sozialsysteme durch die sogenannte Unterschicht und über deren angeblich konsumistischen Lebenswandel debattiert. Viele Medien zeichneten das Bild einer konsumierenden, faulen und abgehängten Unterschicht, in diesem Zusammenhang erschien auch die Figur der sogenannten ›Welfare-Mom‹. Berichtet wurde über alleinerziehende Mütter, die angeblich Kinder bekommen, um Sozialgelder zu erhalten. Der Pädagoge Gunnar Heinsohn schrieb, das Elterngeld sei eine »Fortpflanzungsprämie für die Unterschicht« (2009).

Auch Politiker/-innen befeuerten eine sozialeugenische Diskussion. Am 23. Januar 2005 sagte Daniel Bahr (FDP) in einem Interview der *Bild am Sonntag*, dass »die Falschen« die Kinder bekämen, und 2006 begründete Angela Merkel die Einführung des Elterngeldes mit dem Argu-

ment, es gehe darum, die Geburtenrate unter Akademiker/-innen zu erhöhen.[1] Der Geburtendiskurs erhielt mit Thilo Sarrazins Buch *Deutschland schafft sich ab* (2010) ein weiteres prominentes Sprachrohr, das nicht nur die soziale Herkunft, sondern auch die sogenannte Überfremdung ins Zentrum stellte.

Kurzum: Demografische Prognosen wurden wieder verstärkt als zentrale gesellschaftliche Herausforderung diskutiert (Correll 2011; Kahlert 2007). Vor dem Hintergrund verschiedener demografischer Schreckensszenarien wie Geburtenrückgang, Renten-GAU, überalterte Gesellschaft und Überfremdung starteten verschiedene europäische Regierungen einen neuen »pronatalistischen Aktionismus« (Auth und Holland-Cunz 2007, 81), der den demografischen ›Untergang‹ Europas aufhalten sollte, ein Europa, das sich scheinbar nicht länger *selbst* reproduzieren wollte. Das Szenario eines möglichen ›europäischen Aussterbens‹ reaktivierte auch den kolonialen Topos eines bedrohlichen, überbevölkerten Globalen Südens, wie u.a. Connelly (2008), Etzemüller (2007), Randeria (2006) und Rainer 2005 zeigen. Dieses Drohszenario ist ein kolonialhistorisch zentraler Bestandteil des europäischen Bevölkerungsdiskurses (Tellmann 2013) und wird in der jüngsten Zeit auch durch die als ›Massen‹, ›Fluten‹ oder ›Flüchtlingsströme‹ bezeichneten und dargestellten Fluchtbewegungen aktiviert.

Ich begann, mich mit der Frage zu beschäftigen, auf welche Weise auch die heutige Gesellschaft durch Vorstellungen von wertem oder unwertem Leben strukturiert ist, welche demografischen Prämissen diese Vorstellungen antreiben und welche Rolle dabei Geschlecht spielt. Die Szenarien der ›zu vielen‹ oder ›zu wenigen‹ Menschen reichen historisch weit zurück, und die Entstehung der Bevölkerungspolitik weist vielfältige, eng miteinander verwobene Dimensionen – militärische genauso wie ökonomische, koloniale, eugenische, gesundheitspolitische und vergeschlechtlichte – auf. Für die europäische Staatenbildung war die Frage nach der Bevölkerungsgröße grundlegend, die ›richtige Bevölkerungsgrösse‹ galt als wichtiger Indikator für die militärische Macht

1 Rede von Bundeskanzlerin Angela Merkel beim Arbeitgebertag 2006.

eines Staates, und es entwickelte sich zu einer Kernaufgabe des souveränen Staates, die Größe der Bevölkerung mit Gesetz und Gewalt zu regulieren. Damit einher ging auch die Konstituierung einer bestimmten Geschlechterordnung, das heißt einer hierarchisierten geschlechtlichen Arbeitsteilung, in der Frauen für den Bereich der Generativität (Reproduktion) verantwortlich gemacht wurden und Männer für den Bereich der Öffentlichkeit und der Erwerbstätigkeit. Diese Entwicklung zeigt jedoch auch widersprüchliche Elemente, in der generative Prozesse einerseits feminisiert und privatisiert und andererseits zum Thema öffentlicher Auseinandersetzungen wurden: Generativität – und mithin der weibliche Körper und reproduktive Tätigkeiten – wurden sowohl marginalisiert und unsichtbar gemacht *als auch* zum Gegenstand staatlicher beziehungsweise öffentlicher Regulierung und Intervention (vgl. Trallori 1998, 136).

Im Zuge der Industrialisierung interessierte bald nicht mehr allein die Größe, sondern auch die ›Qualität‹ der Bevölkerung. Seit dem 19. Jahrhundert etablierte sich die Eugenik (Erbgesundheitslehre) (Mackensen und Reulecke 2009), auf deren Grundlage zahlreiche europäische Staaten eugenische (Zwangs-)Maßnahmen wie Zwangssterilisierungen, Kindwegnahmen, Psychiatrisierungen, Menschenversuche, Restriktion von Zuwanderung usw. durchführten (diese sind teilweise bis heute nicht ausreichend aufgearbeitet). Eine der gewalttätigsten Bevölkerungspolitiken hat bekanntlich das NS-Regime durchgeführt. Im Namen nationalsozialistischer Rassenhygiene wurden die Massenmorde an als »lebensunwert« definierten Menschen legitimiert.[2]

In den Jahrzehnten nach dem Zweiten Weltkrieg wurde die Prognose von der angeblichen Überbevölkerung in der sogenannten Dritten Welt zum zentralen Antrieb der westlichen Entwicklungspolitik. Paul R. Ehrlich (1968) und andere Wissenschaftler/-innen vertraten die Auffassung, Familienplanung sei die wichtigste entwicklungspolitische Intervention. Überbevölkerung geriet damit als die angeblich *entscheidende* Ursache von Armut und Unterentwicklung ins Zentrum öffentli-

2 Zur Geschichte der Eugenik im Nationalsozialismus siehe u.a. Weiss 2010; Weingart/Kroll/Nayertz 1988.

cher Aufmerksamkeit und politischer Interventionen: Ein internationales Netzwerk aus Bevölkerungs- und Entwicklungsorganisationen[3] – bekannt als *population establishment* – setzte mithilfe von Regierungen und NGOs weltweit (teilweise repressive) Programme zur Geburtenkontrolle durch. Im Verlauf der 1980er-Jahre wurde die Überbevölkerung der ›Dritten Welt‹ auch zunehmend als ökologisches Problem diskutiert.[4]

Dabei gerieten die Politiken und Diskurse des *population establishments* sowie von Organisationen wie dem Club of Rome auch zunehmend unter Kritik: Während die stark monokausal argumentierenden demografischen Prognosen wissenschaftlich in Zweifel gezogen wurden, machten Aktivist/-innen auf die rassistischen und frauenfeindlichen Implikationen bevölkerungspolitischer Interventionen aufmerksam und forderten, Bevölkerungspolitik auf die Basis von Menschenrechten zu stellen. Auch wurde die Steuerung und Kontrolle insbesondere weiblichen Reproduktionsverhaltens als eine Ablenkung von den tatsächlichen Ursachen der Armut kritisiert. Themen wie globale Ressourcenungleichheit, Enteignungsprozesse durch internationale Konzerne und Verteilungsungerechtigkeit würden, so die Kritik, mit der »Demographisierung« (Barlösius und Schiek 2007, 9) vollkommen aus dem Blick geraten.

1.1 Reproduktive Gesundheit und Rechte: Die Konferenz von Kairo und bevölkerungspolitische Kontinuitäten

Das Resultat dieser Kritiken und Auseinandersetzungen war 1994 die Verabschiedung der internationalen UN-Agenda von Kairo, die

3 International Planned Parenthood Federation (IPPF), United Nations Population Fund (UNFPA), die WHO, US-AID, US-Entwicklungsbehörde und die Weltbank.

4 Siehe z.B. die umstrittene Studie *The Limits To Growth* im Auftrag des Club of Rome (Meadows u.a. 1972).

Bevölkerungspolitik offiziell abschaffte (Verbot von Zwangsmaßnahmen) und Generativität auf eine menschenrechtliche Grundlage stellte (United Nations, 1994). Das Aktionsprogramm von Kairo – ausgearbeitet vom *population establishment* in Zusammenarbeit mit internationalen Frauen-NGOs, Frauen- und Gesundheitsnetzwerken – rückte die Reproduktive Gesundheit und Rechte ins Zentrum und konstituierte Generativität als einen Bereich der selbstbestimmten Entscheidung.

Mit der UN-Agenda von Kairo wandten sich die internationalen Akteur/-innen offiziell von bevölkerungspolitischen Steuerungsversuchen ab und verpflichteten sich den Prinzipien der Selbstbestimmung und der Gesundheitsförderung (Müttergesundheit, Zugang zu Verhütungsmitteln, Aufklärung, AIDS-Prävention usw.). Von nun an wollte man für die Gesundheit der Frauen sorgen, statt deren Fortpflanzungsverhalten zu kontrollieren.

Die Agenda von Kairo und die offizielle Abschaffung repressiver Bevölkerungspolitiken sind zweifellos ein wichtiger Schritt und ein Instrument, um Menschenrechtsverletzungen durch Staaten abzuwehren. Folgende Definition der Reproduktiven Gesundheit und Rechte wurde in Kairo von 179 Ländern verabschiedet:

> Reproductive health is a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to the reproductive system and its functions and processes. Reproductive health therefore implies that people are able to have a satisfying and safe sex life and that they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so. Implicit in this last condition are the right of men and women to be informed and to have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of family planning of their choice, as well as other methods of their choice for regulation of fertility which are not against the law, and the right of access to appropriate health care services that will enable women to go safely through pregnancy and childbirth and provide couples with the best chance of having a healthy infant. In line with the above definition of reproductive health, reproductive health care is defined as the constellation of methods, tech-

> niques and services that contribute to reproductive health and well-being by preventing and solving reproductive health problems (UN 1994, Paragraph 7.2.).

Die Länder verpflichteten sich, Reproduktive Gesundheit und Rechte zu verbessern und das Recht auf reproduktive Selbstbestimmung zu achten. Der Konsens von Kairo gilt bis heute als ein internationaler Erfolg. Das Abschlussdokument hat bis heute globale Gültigkeit und dient als Richtlinie, an der sich Regierungen und NGOs orientieren.

Dabei zeigen kritische Untersuchungen auch, dass mit Kairo zwar Zwangsmaßnahmen abgeschafft, dass Antinatalismus und Geburtensteuerung jedoch nicht grundsätzlich infrage gestellt wurden. Schultz (2006) hat die komplexe Entstehung der Konzepte der Reproduktiven Gesundheit und Rechte in der internationalen Frauenbewegung und deren spätere Integration in UN-Programmen herausgearbeitet und festgestellt: Die Begriffe der ›Reproduktiven Gesundheit‹ und ›Reproduktiven Rechte‹ wurden ab den 1970er-Jahren in unterschiedlichen feministischen Kontexten (vor allem der US-amerikanischen Pro-Choice-Bewegung und der Frauengesundheitsbewegung) geprägt. Die Begriffe vereinten – damals noch als Forderungen ›von unten‹ – Themen wie Frauengesundheit, Schwangerschaftsversorgung, selbstbestimmtes Gebären, Zugang zu Verhütung und das Recht auf Abtreibung. Im Verlauf der 1980er-Jahre tauchten sie – eingeführt durch Frauen-NGOs – erstmals in internationalen Organisationen und Politiken auf. Im Zuge der Verhandlungen von Kairo wurden RHR zu dem, was sie heute sind: ein Menschenrecht (ebd., 151-157).

Die ursprünglichen Forderungen der Frauenbewegungen haben, wie Hartmann (1995), Sax (1995) und Schultz (2006) zeigen, im Zuge des Kairo-Kompromisses jedoch einige ihrer ursprünglichen Ziele eingebüßt: Abtreibung zum Beispiel wurde nicht als ein allgemeines Menschenrecht anerkannt, die Regelung bleibt bis heute den einzelnen Ländern überlassen. Zudem wurden *sexuelle* Rechte im Kairo-Dokument *nicht* verabschiedet. Sie sind bis heute eine Unterkategorie geblieben (u.a. durch den Widerstand des Vatikans und islamischer Staaten). Sexuelle Gesundheit wird zwar als Ziel ge-

nannt (Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten und HIV), allerdings wird diese unter Reproduktiver Gesundheit subsummiert und bleibt heterosexuell konnotiert (vgl. Schultz 2006, 233f.).[5]

Weiter fanden die Anliegen und Forderungen von Women-of-Color-Gruppierungen kaum Eingang in die Abschlussprogramme: Die Aktivistinnen der Organisation *Sister Song* zum Beispiel, ein Zusammenschluss von Frauen aus afrikanischen Ländern, kritisierte RHR als bürgerliche Konzepte, in denen die Lebenssituation von Women of Color kaum berücksichtigt würden:[6] Der Fokus auf *Rechte* und Choice (Wahlfreiheit) konzentriere sich auf individuelle Entscheidungsfreiheit und blende die Dimension der ökonomischen Ungleichheit aus, von der Women of Color sowohl in der westlichen Hemispähre als auch in den Ländern des Globalen Südens besonders häufig betroffen sind. Ausgegangen werde von Frauen, die *qua* ökonomischer Sicherheit und gesellschaftlichem Status bereits Voraussetzungen haben, unter denen sie sich auf bestimmte Weise für oder gegen Kinder entscheiden könnten

5 Mit der Definition von Reproduktiver Gesundheit als Zustand, in dem »Menschen ein befriedigendes und ungefährliches Sexleben haben« (UN 1994, 46), spricht das Aktionsprogramm Sexualität als zentrale Frage der Reproduktiven Gesundheit an. Es bricht damit mit der Tradition bevölkerungspolitischer Diskurse, die Bedeutung von Sexualität auszuklammern (vgl. Schultz 2006, 233). Allerdings legen die Verbindung von Sexualität und Gesundheit und die Verknüpfung von sexuellen Praktiken mit Generativität und/oder Geschlechtskrankheiten eine Perspektive auf Sexualität nahe, die diese vor allem als Risikofaktor in Bezug auf ungewollte Schwangerschaften und Geschlechtskrankheiten definiert. Insbesondere die AIDS-Problematik trieb ab den 1990er-Jahren die große Bedeutung von Sexualität in den bevölkerungpolitischen Forschungen und Diskursen voran (vgl. Correa 1997, 109). Auch dies hatte den Preis, dass Sexualität – insbesondere nicht heterosexuelle – vor allem als Terrain der Krise, der Epidemie und der Gefahr für die Weltgesellschaft konzipiert wurde (vgl. Singer 1996, 182-186). Zudem hat die Subsumtion sexueller Gesundheit unter Reproduktive Gesundheit den Effekt, dass diese heterosexuell konotiert bleibt, das heißt auf den heterosexuellen, koitalen Geschlechtsverkehr reduziert wird, während andere sexuelle Praktiken ausgeblendet werden (vgl. Schultz 2006, 234).

6 Zur Kritik von Women of Color siehe z.B. Roberts 1997, Luna 2009, Price 2010 sowie Ross/Solinger 2017.

(vgl. Roberts 1997, 6). Für viele Frauen und Mütter of Color sei eine Veränderung ökonomischer Bedingungen, unter denen sie überhaupt würdevoll Mütter sein können, mindestens so wichtig wie die Möglichkeit, abzutreiben oder zu verhüten. *Sister Song* plädierte deshalb für den Begriff ›Reproductive Justice‹, mit dem die Forderung nach reproduktiven Rechten auch mit ökonomischen Verhältnissen verknüpft werden sollten (vgl. Price 2010, 56) (Ich führe diese Auseinandersetzung später aus.).

Seit Kairo war es um das Thema Bevölkerungspolitik und Geburtensteuerung zunächst still geworden. Fast schien es, als hätte sich die Sache mit dem Verbot von Zwangsmaßnahmen erledigt. Seit einigen Jahren aber wird wieder verstärkt demografisch argumentiert – sei es bei Themen wie dem deutschen Elterngeld (Bujard 2017; Schultz 2012), sei es in Bezug auf Flucht und Migration (Schultz 2016), in Bezug auf Ökologie[7] oder sei es beim Thema Reproduktionsmedizin, die immer wieder als ein Mittel gegen den Geburtenrückgang diskutiert wird (zum Beispiel in der Broschüre der WHO Europa »Entre Nous« aus dem Jahr 2006).

Aber auch die Programme der Kairo-Agenda *selbst* blieben anschlussfähig für geburtensteuernde Politiken – wenn auch durch die Hintertür (vgl. Schultz 2006, 313-317). Im Anschluss an Foucaults Konzepte der *Biopolitik* sowie der *Gouvernementalitätsstudien* beschreibt Schultz (ebd.) die Agenda der Reproduktiven Gesundheit und Rechte als eine neue Regierungsweise und kommt zu dem Schluss, dass die UN-Agenda eine »Reformulierung« (ebd., 25), eine Transformation und weniger eine Abschaffung oder ein Ende von Bevölkerungspolitik einleitete. Zwar sei die Distanzierung von Zwangsmaßnahmen ein wichtiger Fortschritt, auch stellen einzelne konkrete Projekte im Anschluss an das Aktionsprogramm wertvolle Gesundheitsversorgung in den entsprechenden Ländern bereit. Allerdings stelle die Programmatik Geburtensteuerung – vor allem im Globalen Süden – letztlich nicht wirklich infrage (ebd., 317).

---

7 Siehe z.B. die Ecopop-Initiative in der Schweiz 2014, die dazu aufrief, aus ökologischen Gründen »Überbevölkerung« im Globalen Süden stoppen.

Schultz (ebd., 21) beschreibt den Fokus der Programme auf *Gesundheit* als einen »Paradigmenwechsel«, der biopolitische Makroziele wie zum Beispiel Geburtensteuerung unsichtbar macht, weil diese in die individuellen Entscheidungen von Individuen, das heißt vor allem von Frauen, hineinverlagert werden. So würden Frauen im Globalen Süden mit der Botschaft adressiert, dass es für sie *gesünder* wäre, weniger Kinder zu bekommen (ebd., 231). Anders ausgedrückt: Antinatalismus wird mit individueller Gesundheit und Selbstbestimmung begründbar, wie Schultz am Beispiel von konkreten Entwicklungsprojekten wie der Safe-Motherhood-Initiative zeigt (ebd., 269). Im Gegensatz zu den autoritären Vorschriften früherer Politiken werden antinatalistische Ziele in eine gesundheitsorientierte Eigenverantwortung der Individuen im Umgang mit sich selbst delegiert. Appelliert wird an ein reproduktives Subjekt, das Generativität an einer optimalen Gesundheit ausrichtet.[8]

Kurzum: Die antinatalistische Stoßrichtung wurde im Zuge von Kairo nicht wirklich hinterfragt. Die Programme blieben anschlussfähig für Geburten steuernde Ziele, die durch die Verschaltung mit Gesundheitsparadigmen allerdings unsichtbar wurden. Anders gesagt konnte Geburtensteuerung auf der Grundlage von Gesundheitsargumenten zur unausgesprochenen Prämisse der Reproduktiven Gesundheit und Selbstbestimmung werden, zu einer *Voraussetzung* gar für ein gesundes, selbstbestimmtes Leben.

Hartmann (1995) kommt weiter zu dem Schluss, dass Generativität durch die Kairo-Reform zwar als ein individuelles Recht verankert wurde, dass jedoch der Ansatz der Risikokalkulationen und die damit verbundene Einteilung in Risikogruppen wiederum normative Vorstellungen über die *richtige* Art der Generativität nahelegen. Auch Randeria (1992), Wichterich (1994) und Schultz (2006) konstatieren, dass der als feministisch deklarierte Fokus auf die ›Dritte-Welt‹-Frau sich mit der Forderung verbinde, bestimmte reproduktive Verhaltensweisen zu *lernen*. Selbstbestimmung erscheine als etwas, das ›den Dritte-Welt-Frauen‹ erst durch internationale Programme beigebracht werden

8 Siehe dazu auch Deuser 2010, Schultz 2003a, Berer/Sundari 2000 und Hartmann 1995.

müsse (Schultz 2006, 285-290). Durch den Fokus auf Verhaltensweisen gerieten wichtige Fragen wie sozioökonomische Bedingungen von Generativität oder asymmetrischen Geschlechterverhältnissen in den Hintergrund, gesellschaftspolitische Dimensionen würden in die Verhaltensweisen und Entscheidungen von Individuen delegiert (ebd.).

Schultz (2006, 219-221) verweist in diesem Zusammenhang auch auf einen grundlegenden Wandel von Gesundheitskonzepten, den sie als Effekt eines allgemeinen sozialpolitischen Paradigmenwechsels beschreibt, der im Kairo-Programm exemplarisch zum Ausdruck komme: der Wechsel von einem ›kurativen‹ zu einem ›präventiven‹ Gesundheitsmodell. Präventive Gesundheitsmodelle richten den Fokus auf die Herbeiführung optimaler Verhaltensweisen *vor* dem Eintreten einer Krankheit. Dadurch werden zunehmend die Individuen in die Verantwortung genommen, während wohlfahrtstaatliche Gesundheitsversorgung in den Hintergrund gerät und an Legitimität verliert. Schultz (ebd., 228) zufolge wird im Zuge dieser Verschiebungen unter anderem der Abbau von Versorgungssystemen legitimierbar, so geriete in Entwicklungsprojekten durch den individualisierenden Fokus beispielsweise der Bau von Krankenhäusern in den Hintergrund.[9]

Indem Generativität in den Kairo-Programmen zum Public-Health-Thema wurde, richtete sich der Fokus auf Fragen des richtigen oder falschen gesundheitlichen Verhaltens, des individuellen Gesundheitsmanagements. Auf diese Weise ließ sich Geburtensteuerung in die Individuen hineinverlagern, das heißt in die *Frauen*. Zentral wurde mit Kairo demnach eine alte Frage im neuen Kleid: Wie sollen Frauen ihre Gesundheit und mithin Generativität frei, aber *optimal* managen?

---

9 Die Entwicklungen von individuellen Risikotechnologien zum Abbau sozialstaatlicher Sicherung ist allerdings Weir (1996, 381) zufolge keine lineare, wie manche Gouvernementalitätsstudien vereinfachend unterstellen. Vielmehr sei in der Medizin und Gesundheitspolitik von einer Heterogenität von Risikotechnologien auszugehen. So gibt es auch solche, die weder auf eine kollektive Umverteilung von Kosten noch auf eine individualisierte Absicherung zielen, sondern vor allem direkte therapeutische Folgen am individuellen Körper nach sich ziehen.

Unhinterfragt blieb damit auch der vergeschlechtlichte Verweisungszusammenhang, der Generativität als ein genuin weibliches Thema feminisiert und dabei eine naturalisierende und kausale Verknüpfung zwischen dem Status von Frauen und Fruchtbarkeit konstruiert.

Obwohl die Frauenbewegung diesen Zusammenhang kritisiert hat und dieser selbst in demografischen Erhebungen kritisch reflektiert wird, ist der Status von Frauen und Fruchtbarkeit als eine inhärente Kopplung in den Kairo-Programmen nicht grundlegend hinterfragt worden. Das führt dazu, dass reproduktive Selbstbestimmung oft auf Fragen des Zusammenhangs von Bildungsstand, Berufstätigkeit, Alter (oder anderen Einzelfaktoren) und Anzahl der Kinder reduziert wird. Dadurch wird ein Expertenwissen über ›die (Dritte-Welt-)Frau‹ konstruiert, das komplexe Zusammenhänge vereinfacht und in der Folge ›einfache‹ Interventionen nahelegt (Schultz 2006, 308). Generativität wird gemäß einer bestimmten Positionierung von Frauen operationalisierbar – und kann dabei auch mit demografischen Sollwerten verbunden werden (siehe dazu auch Watkins 1993).

Die Programme der reproduktiven Rechte und Gesundheit betonen die Vorstellung, die Entwicklung der Bevölkerung unterliege bestimmten Zwangsläufigkeiten. Dadurch »verengt sich der Raum für soziale Aushandlungsprozesse« (Barlösius/Schiek 2007, 27), gesellschaftliche Probleme und Aushandlungsprozesse wie Geschlechterverhältnisse, Migration oder ökonomische Verteilung können in demografische Probleme umgedeutet werden, die durch eine präventive Steuerung reproduktiver (weiblicher) Verhaltensweisen als kontrollierbar erscheinen (ebd.).[10]

---

10 Zur kritischen Demografieforschung siehe auch Auth/Holland-Cunz 2007, Correll 2011, Kahlert 2007 und Rainer 2005.

1.2 Reproduktive Gesundheit und Rechte im europäischen Raum: Forschungsdesiderate und Fragestellung

Die kurzen Ausführungen zeigen, dass die eingangs beschriebene Konjunktur demografischer Prognosen und Drohszenarien in öffentlichen Debatten sowie die Vorstellung von der Steuerbarkeit der Generativität (und mithin weiblicher Lebensweisen) auch in der offiziellen Politik nicht verschwunden sind.

Mit der vorliegenden Arbeit nehme ich die Spur fortbestehender internationaler bevölkerungspolitischer Regierungsweisen auf und folge ihr in den europäischen Raum: Das Kairo-Programm wurde – ohne große öffentliche Aufmerksamkeit – im Jahr 2001 durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) für den europäischen Raum spezifiziert und konkretisiert. Die europäische Strategie trägt den Titel »Regional Strategy on sexual and reproductive health« (WHO Regionalbüro für Europa 2001). Der Transfer der Reproduktiven Gesundheit und Rechte von der internationalen Ebene in den europäischen Raum ist bisher kaum untersucht worden. Dabei ist die Strategie der WHO Europa die entscheidende Richtlinie für die europäischen WHO- bzw. UN-Mitgliedstaaten, nationale Gesundheitsministerien, Departemente, Kommissionen, NGOs und andere Gesundheitsakteur/-innen und Organe orientieren sich an ihr. Die Strategie ist ein wichtiges Instrument und richtungsweisend in Bezug auf die Frage, auf welche Weise einzelne Länder ihre (Gesundheits-)politik zum Themenbereich Fertilität, Schwangerschaft, Geburt, Abtreibung, Verhütung, Reproduktionstechnologien usw. gestalten und ihre Gesetze formulieren. Kurzum: Ähnlich wie die Kairo-Agenda hat auch die europäische WHO-Strategie zwar keine juristische Verbindlichkeit, die konkreten Gesetzgebungen allerdings liegen bei den Staaten. Sie bilden aber die programmatische Basis, auf die sich die Länder in ihren Politiken und Gesetzgebungen offiziell beziehen.

In der vorliegenden Arbeit mache ich die ›europäische‹ Adaption der Kairo-Konzepte zum Gegenstand meiner Untersuchung. Obwohl es seither zahlreiche ergänzende Papiere, Konzepte und Weiterent-

wicklungen gegeben hat, bleibt das Dokument von 2001 bis heute eine richtungsweisende Grundlage für den europäischen Zusammenhang. Im Anschluss an die Kairo-Analysen von Schultz (2006), die auf der Grundlage von Michel Foucaults Machtkonzeptionen eine ›neue‹ bevölkerungspolitische Regierungsweise aufzeigen, stelle ich folgende Fragen:

Auf welche spezifische Weise machen die für die europäische Region adaptierten RHR-Programme generative Prozesse regierbar? Welche Rolle spielt dabei die Weltgesundheitsorganisation (WHO) beziehungsweise deren europäisches Regionalbüro in Kopenhagen? Das heißt, welche Rolle spielt es, dass – im Unterschied zur Agenda von Kairo – die Konzepte unter der Federführung einer *Gesundheits*organisation ausgearbeitet wurden? Basierend auf der Methode der kritischen Diskursanalyse (siehe die methodischen Explorationen im vierten Kapitel), untersuche ich weiter, welche generativen Subjektmodelle die Programme hervorbringen: Wie wird Reproduktive Selbstbestimmung (*choice*) definiert? Mein Fokus richtet sich dabei auf Prozesse der Vergeschlechtlichung, das heißt auf die Frage, auf welche Weise Subjekte mit bestimmten Geschlechterkonstruktionen adressiert werden. Weiter frage ich, inwiefern die Programme implizite oder explizite demografische beziehungsweise geburtensteuernde Vorstellungen formulieren – und welche bevölkerungspolitischen Ausdifferenzierungen (zum Beispiel ethnisierende) diese enthalten.

Ein deutlicher Unterschied zur internationalen Kairo-Agenda ist der verstärkte Fokus der europäischen WHO-Strategien auf Gesundheit: Während im Kairo-Programm neben der Gesundheit auch reproduktive *Rechte* im Vordergrund stehen, fallen diese in den WHO-Strategien mehr oder weniger unter den Tisch. Insgesamt ist in der Programmatik der WHO Europa nicht mehr die Rede von Reproduktiver Gesundheit *und Rechten*, sondern nur noch von Reproduktiver Gesundheit. Exemplarisch für diese Schwerpunktverschiebung ist der Titel der europäischen Programmatik (2001): »*Regional Strategy on sexual and reproductive health*«. Reproduktive Rechte werden zu Beginn zwar mit Verweis auf die Agenda von Kairo erwähnt, aber nicht mehr als ein zentraler Punkt weitergeführt. An die Stelle von Rechten tritt der

(schwammige) Begriff »Choice«. Im weiteren Verlauf des Dokuments ist die Rede nicht mehr von Rechten, sondern nur noch von »Choice«. Deutlich werden eine Betonung von Gesundheitsförderung und eine Abkehr von den in Kairo reklamierten Rechten.

Mit dem Gesundheitsfokus vollzieht sich eine verstärkte Ausrichtung an Individuen und deren gesundheitlichen Verhaltensweisen (Prävention).[11] Wie die WHO Europa (2001, 16) formuliert: »SRH is determined to a large extent by behavioural factors«. So werden als zentrale Ziele die Förderung von »personal skills« (ebd. 16) und von »Health promotion« (ebd., 25) genannt sowie: »People should be enabled, through information and education, to acquire and maintain behaviour that promotes their own reproductive health« (ebd., 16).[12]

Generativität erscheint damit vor allem als Frage des Gesundheits-Know-hows und des Verhaltens der Einzelnen. Vor dem Hintergrund dieser präventiven Paradigmen macht die WHO normative Aussagen darüber, welche Handlungsweisen als ›gesund‹ und mithin reproduktiv selbstbestimmt gefasst werden – und welche nicht. Ich werde in meinem Close Reading ausführlich darauf eingehen.

Insgesamt möchte ich vorausschicken, dass die von Schultz (2006) in Bezug auf die Kairo-Agenda beschriebene Individualisierung der Reproduktiven Gesundheit und mithin von ›Generativitätsverhältnissen‹ (ich führe unten aus, weshalb ich den Begriff Generativität verwende) in den Programmen der WHO durch das Gesundheitsframing verstärkt werden. Dabei zeigt sich auch jene Simultanität gegenläufiger Prozesse von Privatisierung/Individualisierung/Ent-Politisierung und Politisierung, die biopolitische Diskurse kennzeichnen. Das heißt in der Politik der Reproduktiven Gesundheit zeigt sich eine »Doppelbewegung« (Schultz 2006, 71), in der Generativität einerseits entpoliti-

11 Das Paradigma der Prävention wurde in den vergangenen Jahrzehnten in Public-Health-Strategien insgesamt zum Schwerpunkt, siehe z.B. Lengwiler/Madarász 2014.

12 Bereits die europäische Ottawa-Gesundheits-Charta (1986, 1) formulierte die Verbesserung von Verhaltensweisen als ein zentrales Ziel: »Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health.«

siert und privatisiert und gleichzeitig genau *dadurch* (staatlich) regierbar wird, das heißt wiederum *politisiert* wird. Deutlich wird das Paradoxon, dass Generativität – Patemann (1992, 52) zeigt dieses Paradoxon am Beispiel von Mutterschaft – einerseits zum Interventionsfeld staatlicher Lenkung wird, gleichzeitig jedoch entpolitisiert wird, indem sie als Frage individueller, eigenverantwortlicher Gesundheitsentscheidungen und als ›Frauensache‹ (Feminisierung) vom politischen Diskurs ausgeschlossen wird.

Neben dem Faktor der fehlenden *Rechte* unterscheidet sich die europäische WHO-Programmatik in einem weiteren Aspekt von Kairo: Die WHO führt ausdrücklich *Sexuelle Gesundheit* (nicht *Rechte*) im Titel als einen gleichwertigen Bereich neben der Reproduktiven Gesundheit. Dies kann, im Anschluss an Giami (2002), als ein Ergebnis vielfältiger Post-Kairo-Auseinandersetzungen gewertet werden, in denen unter anderem gefordert wurde, Sexuelle Gesundheit nicht einfach – wie es das Kairo-Programm tut – unter der Reproduktiven Gesundheit zu subsummieren, sondern als eigenständige, das heißt nicht zwingend reproduktive und ausschließlich heterosexuelle Dimension zu thematisieren.

Die WHO hatte die Unterordnung der Sexuellen unter die Reproduktive Gesundheit zunächst übernommen (siehe zum Beispiel das »WHO Family and reproductive Health Programme« in den 1990er-Jahren, das Sexuelle Gesundheit noch nicht im Titel führt). Erst in den Jahren nach Kairo wurde sexuelle Gesundheit von der WHO zunehmend als eigenständige Thematik verhandelt. Ab 2000 formulierte die WHO eine eigene Definition der sexuellen Gesundheit (Giami 2002, 18), und in der europäischen Strategie 2001, die Gegenstand der vorliegenden Analyse ist, wird sie gleichwertig im Titel aufgeführt. Später entwickelte die WHO auch Definitionen zu sexuellen Rechten, die aber bis heute nicht verabschiedet wurden und *working definitions* blieben. In der Nennung der Sexuellen Gesundheit, nicht aber der Rechte, zeigt sich die fortbestehende Weigerung einiger UN-Mitgliedstaaten, auch Sexuelle *Rechte* zu ratifizieren, Sexualität auf die Basis von Menschenrechten zu stellen und damit heterogene sexuelle Praktiken zu thematisieren und zu integrieren. Indem Sexualität in

den WHO-Programmen auf die Dimension der Gesundheit verwiesen bleibt, wird die Frage nach den Rechten von sexuellen Minderheiten umgangen.[13]

Als *Soft-Claim* hat die Sexuelle Gesundheit im Zuge der sogenannten AIDS-Krise und spätestens seit Ende der 1990er-Jahre zunehmend Eingang in Public-Health-Diskurse gefunden, so auch in die europäische Agenda von 2001, die Sexuelle Gesundheit sogar im Titel starkmacht. Allerdings wird auch Sexuelle Gesundheit unter den Prämissen der Prävention verhandelt, dadurch wird auch hier stark auf Verhaltensweisen abgestellt, das heißt das zentrale Ziel ist die Veränderung von sogenanntem Risikoverhalten. Gemäß Giami (ebd., 14) hat dieser Ansatz zur Folge, dass zahlreiche Aspekte der Sexuellen Gesundheit und der Sexualität im Allgemeinen stark individualisiert werden und dadurch die Gefahr besteht, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen stigmatisiert werden.

In meiner weiteren Analyse werde ich die Sexuelle Gesundheit nicht mit einbeziehen, sondern mich auf die Reproduktive Gesundheit konzentrieren. Zweifellos läuft eine solche analytische Einschränkung Gefahr, etwas zu trennen, was im untersuchten Material oft nicht getrennt ist, sondern diskursiv verschränkt. Die Dimensionen der Sexualität und der Generativität werden in den WHO-Diskursen sowohl getrennt als auch verknüpft behandelt. Meine Entscheidung, den Fokus auf die Reproduktive Gesundheit zu richten, das heißt auf jene Teile des WHO-Programms, die unter dem Titel *Reproduktive Health* aufgeführt werden (das sind die Punkte Reproductive Choice, Schwangerschaftsverhütung, Fertilität, Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Geburt,

---

13 Ein Blick in das *Historical Dictionary of the WHO* (2013) ist hier aufschlussreich: Weder Sexuelle Rechte noch Gesundheit werden als eigenständige Begriffe aufgeführt. Erwähnt werden dort lediglich die Begriffe »Reproductive Health« (auch hier: *keine* Rechte) und »Family Planing« sowie »Sexually transmitted disease« und die »Sexually transmitted diseases diagnostic initiative« (SDI). Obwohl das Konzept der *Sexuellen Gesundheit* bereits 1975 erstmals in Dokumenten der WHO verwendet wurde (Giami 2002, 10), zeigt sich, dass es in vielen WHO-Erzeugnissen eher zurückhaltend verwendet wird beziehungsweise wenn, dann mit einem starken Fokus auf Krankheiten, insbesondere HIV.

Müttergesundheit), ist zum einen dadurch begründet, dass es den Rahmen der Arbeit sprengen würde, beide Felder sowie deren Verschränkung adäquat zu bearbeiten. Zum anderen gibt es im Zuge der an Michel Foucaults orientierten Thesen zu Biopolitik und Sexualitätsdispositiv insgesamt mehr Arbeiten, die sich mit Sexualität bzw. Sexualitätsdispositiven – gerade auch im Rahmen von Public Health – befassen. Im Zuge dieser an Foucault orientierten Konzentration auf Sexualität sind Generativität und die vergeschlechtlichenden Effekte biopolitischer Regierung oft eher vernachlässigt worden. Foucault selbst hat Generativität und Geschlecht in seinen Überlegungen zur Entstehung der Biomacht zwar berücksichtigt, aber im Gegensatz zur Sexualität nicht als zentrales Element herausgearbeitet (siehe dazu Bargetz, Ludwig und Sauer 2015; Lorey 2015; Diekämper 2011).

Diekämper zufolge blendet Foucault die Frage aus, wie Politiken der Generativität über die *Geschlechterordnung* vermittelt sind. »Obgleich sich die Biomacht auf den Menschen im Allgemeinen (auf die Bevölkerung) bezieht, wird sie auf besondere Weise über die Kontrolle und Disziplinierung des Frauenkörpers wirksam« (Diekämper 2011, 78), womit nicht nur Praktiken rund um Schwangerschaft, Verhütung, Abtreibung und Geburt, sondern auch rund um Kinderbetreuung und die geschlechtliche Arbeitsteilung in den Perspektiven der Biomacht fehlen (ich werde darauf im Theorieteil im dritten Kapitel zu Biomacht und Geschlecht zurückkommen).

Der Fokus dieser Arbeit richtet sich deshalb auf die Frage nach der vergeschlechtlichenden Ordnung aktueller Politiken der Generativität sowie deren Genealogien. Das heißt, zentral ist die Frage, auf welche Weise Subjektanrufungen mit bestimmten Geschlechterkonstruktionen verbunden werden. Diese sind wiederum verbunden mit Implikationen in Bezug auf Sexualität und andere Dimensionen wie Ethnizität, Nation, Gesundheit usw., auf die ich ebenfalls eingehen werde. Ausgehend von meinen Erkenntnissen aus dem Close Reading, werde ich zum Schluss versuchen, eine geschlechtertheoretische Zeitdiagnose vorzunehmen. Meine Frage ist, wie Generativität durch die Gesundheitsprogramme gesellschaftlich positioniert wird, welche Bedeutung der Thematik der Generativität und damit auch

der »Reproduktionssphäre« insgesamt zukommt beziehungsweise wie diese durch das Gesundheitsframing gerade bedeutungslos gemacht und in ein individualisiertes und nicht zuletzt naturalisiertes Feld (Privatheit) verwiesen wird. Zur Bearbeitung dieser Fragen werde ich die Perspektiven der Biopolitik und der Gouvernementalität mit einigen materialistisch-feministischen Zugängen (u.a. Beer 1990; Scholz 2011) verknüpfen und ausleuchten, inwiefern die biopolitische Regierung der Generativität auch die Prämissen einer bestimmten geschlechterhierarchischen Arbeitsteilung fortsetzt.

Nicht zuletzt interessiert mich die Frage, welche gesellschaftstheoretischen Perspektiven auf Generativitätsverhältnisse[14] sich aus meiner Untersuchung entwickeln lassen. Ich beziehe mich dabei auf die Kritik von O'Brien (1981) an der feministischen Theoriebildung: Ihr zufolge blendet feministische Theorie Generativität häufig aus und verstetigt damit unbewusst gesellschaftliche Machtverhältnisse, in denen Generativität keinen Stellenwert hat. Ich werde – aufbauend auf meinem *Close Reading* und auf Überlegungen zu Generativität von Heitzmann (2017), Landweer (1994), Beer (1990) – versuchen, Ansätze einer feministischen Theorie der Generativität auszuloten: Wie kann eine feministische beziehungsweise geschlechtertheoretische Konzeptionalisierung von Generativität aussehen, die Generativitätsverhältnisse nicht in den Bereich der Privatheit oder in eine vorgesellschaftliche (weibliche) Natur verweist? Wie kann – mit O'Brien (ebd.) gefragt – Generativität als ein *materielles* (nicht nur ideologisches) Strukturelement und *soziales Verhältnis* gesellschaftlicher Prozesse in theoretische und damit auch in gesellschaftspolitische Debatten eingebunden werden? Wie kann der Verweisungszusammenhang von Generativität und Geschlecht in der vorherrschenden Kultur (zum Beispiel in den WHO-Programmen) *und* Praxis (zum Beispiel, dass Schwangerschaft als weiblich erfahren wird,

14 Den Begriff verwende ich in Anlehnung an Lettow (2011, 29), die von »Fortpflanzungsverhältnissen« anstatt von ›Fortpflanzung‹ spricht, um Fortpflanzung nicht auf die Dimension einer biologischen Eigenschaft zu reduzieren, sondern in deren Sozialität, das heißt im Sinne eines Vergesellschaftungsverhältnisses fassen zu können.

vgl. Heitzmann 2017, 89) theoretisch gefasst und ernst genommen werden, ohne die Zweiteilung der Menschen in Männer und Frauen als gegebenen Ausgangspunkt für Gesellschaftstheorie vorauszusetzen (vgl. Meißner 2011, 551)?

1.3 Begriffsbestimmungen: Reproduktion, Fortpflanzung, Generativität?

Meine Arbeit befasst sich mit der Rekonstruktion von Diskursen in den politischen Programmen der Weltgesundheitsorganisation zum Thema der Reproduktiven Gesundheit und Rechte. Dabei gehe ich davon aus, dass diese im Zuge globaler bevölkerungspolitischer Anordnungen entstandenen Konzepte das zentrale Element einer biopolitischen Regierungsweise sind, die auf die Regulierung von ›Fortpflanzungsprozessen‹ zielt.

Der in den Programmen verwendete englische Begriff »reproductive« beziehungsweise »reproduction« meint die biologischen Aspekte von Reproduktion, das heißt, es geht um Fertilität, Zeugung, Schwangerschaft und Geburt (und *nicht* um die Betreuung und Erziehung von Kindern, um Hausarbeit oder Pflege). Mit dem Begriff »reproductive« werden diese biologischen Aspekte nicht nur von der *sozialen Reproduktion* unterschieden, der Term *reproductive* beinhaltet auch eine implizite Abgrenzung von *productive*, das heißt zum Beispiel von der Sphäre der Erwerbsarbeit und der Produktion von *Dingen*.[15]

Es ist wichtig zu verstehen, dass das englische *reproduction* nicht mit dem deutschen *Reproduktion* übersetzt werden kann, da Reproduktion im deutschsprachigen soziologischen Sprachgebrauch (im Anschluss an die marxistische Theorie) sehr viel breiter »die Aufgaben und Prozesse,

15 Diese Unterscheidung wird in den Programmen nicht wörtlich vorgenommen. Es wird aber, wie ich im *Close Reading* zeige, deutlich, dass diese eine Sphäre reproduktiver Natur adressieren und sich damit von anderen gesellschaftlichen Bereichen der Produktion abgrenzen.

die der ›privaten‹ physischen, emotionalen und psychischen Wiederherstellung von Menschen dienen« (Mesner 2010, 14) meint.

Die englischsprachige Begriffsverwendung ist auf die physische Dimension von Reproduktion beschränkt und kann wohl am treffendsten mit dem Begriff ›Fortpflanzung‹ übersetzt werden. Meine Arbeit analysiert demnach die ›Politik der Fortpflanzung‹, deren zentrales Merkmal unter anderem eine Trennung von biologischer und sozialer Reproduktion ist. Auf der Grundlage dieser Unterscheidung definieren die Programme letztlich auch die politischen Zuständigkeiten: *Reproduction* wird, im Sinne von Körperprozessen, primär als ein Gesundheitsthema gefasst und dem entsprechend *bestimmten* (politischen) Akteur/-innen, Institutionen und Organisationen zugeordnet (Frauen, Public Health, WHO, Gesundheitspersonal, Gesundheitsminister/-innen usw.).[16]

Zwar wird *reproduction* im Zuge der sehr breiten Definition von Reproduktiver Gesundheit auch durchaus mit sozialen, das heißt gesellschaftlichen Dimensionen zusammengeführt (indem zum Beispiel Gewalt, Geschlechterverhältnisse, Migration thematisiert werden). Allerdings bleibt dies widersprüchlich – zum einen weil die biologischen Abläufe der ›Fortpflanzung‹ selbst nicht als Dimension von Sozialität, nicht als gesellschaftlich vermittelt, sondern als vorgefundene und vorgesellschaftliche Naturtatsachen konzipiert sind, auf die sich gesellschaftliche Dimensionen quasi überstülpen, oder die sich, umgekehrt, auf die Gesellschaft auswirken. Zum anderen und wie oben schon angedeutet: *reproduction* wird in den WHO-Programmen einerseits zum Gegenstand weltpolitischer Reflexion, andererseits erfährt sie durch die Gesundheitsperspektive gerade eine Individualisierung, eine Reduzierung auf die Ebene von individuellen Gesundheitskompetenzen. ›Fortpflanzung‹ erscheint als ein biologischer Prozess, der über das Erlernen von individuellen ›Gesundheits-Skills‹ auch *politisch* lenkbar gemacht wird.

---

16 Während Themen der sozialen Reproduktion wie Haus- und Familienarbeit in internationalen UN-Programmen Politikfeldern wie Familienpolitik, Gleichstellung usw. zugeordnet sind und mithin auch anderen Akteurinnen und Organisationen wie z.B. UNICEF.

Wie Mesner (2010) und andere argumentieren, ist die Vorstellung von abgetrennten biologischen Prozessen der Effekt einer historisch tradierten Unterscheidung von Natur und Kultur, die das Biologische in einen ahistorischen Zusammenhang mit Weiblichkeit stellt und Kultur mit Männlichkeit gleichsetzt. Der Fokus der Programme auf die biologischen Prozesse verweist auf diese historisch binär-vergeschlechtlichte Dichotomisierung und reproduziert sie (ich gehe später ausführlich darauf ein).

Die Benennungspraxis der vorliegenden Arbeit ist vor diesem Hintergrund mit einem Dilemma verbunden: Verwende ich die WHO-Begriffe und spreche von ›Fortpflanzung‹, wiederhole ich das, was in der vorliegenden Arbeit einer kritischen Reflexion unterzogen werden soll, nämlich die Prozesse der Naturalisierung und die Trennung von Natur und Kultur. Mit Mesner (2010, 29) bin ich der Auffassung, dass es darum gehen muss, die Ebenen analytisch *zusammen*zubringen, statt sie zu trennen. Denn tatsächlich sind die Ebenen konstitutiv verwoben. Kultur und Natur stehen in einem unauflösbaren Verweisungszusammenhang.[17] So kann zum Beispiel nicht allgemein gesagt werden, inwiefern und wie der Prozess der Schwangerschaft von jenem der Fürsorge unterschieden werden kann. Weiter ist ›Kinder machen‹ und gebären nicht einfach naturhaft, sondern immer schon vergesellschaftlicht. Wie Pollack (1989) argumentiert: Zeugung, Schwangerschaft und Geburt sind nicht einfach biologische Vorgänge und Abläufe: »Die reproduktive Situation ist niemals Resultat der Biologie allein, sondern Folge einer durch soziale und kulturelle Strukturen vermittelten Biologie« (ebd., 172). Schwangerschaft und Gebären und deren Bilder, Praktiken, Haltungen sind in sozialen Prozessen

17 Ähnliches gilt für die Unterscheidung von Reproduktion und Produktion, die gesellschaftstheoretische Aufspaltung in eine Sphäre der Reproduktion und eine Sphäre der Produktion muss ebenfalls kritisch betrachtet werden. Die beiden Bereiche können gerade *nicht* als voneinander getrennt betrachtet werden. Zudem enthält die Unterscheidung eine problematische Bewertung der Reproduktion als nichtproduktiv und als von der ökonomischen Logik abgetrennt. Entlang einer solchen Unterscheidung argumentiert z.B. Chorus 2012, kritisch dazu Lettow 2015.

geformt und gesellschaftlichen und sozialen Regulierungen und Interaktionen unterworfen. Biologie ist nicht einfach ›natürlich‹, sondern immer auch *sozial* vermittelt. Das Biologische ist, mit anderen Worten, von sozialen Verhältnissen geprägt, umgekehrt wirken Dimensionen des Biologischen auf das Soziale. Es lässt sich nicht eine ›naturhafte‹ Fortpflanzung auf der einen von einer ›sozialen‹ Reproduktion auf der anderen Seite unterscheiden.

Mesner (2010, 15) plädiert deshalb zunächst für den Begriff der *Reproduktion* und meint damit – in ihrer eigenen Bestimmung des Begriffs – zum einen biologische Reproduktion von Menschen, also das Erzeugen, Austragen und Gebären von Kindern im Sinne einer gesellschaftlich vermittelten Biologie, zum anderen und eng verwoben meint sie in ihrer Begriffsverwendung auch Sorge und Pflege von Kindern: »Indem diese Bereiche zusammen gedacht werden, will ich die Unterscheidung überwinden, die die Dichotomie in ›naturhafte‹ Fortpflanzung und ›soziale‹ Reproduktionsspäher nahelegt« (ebd., 15).

Dieser Versuch beinhaltet allerdings verschiedene Schwierigkeiten. Denn es gilt ja zu fassen, was das untersuchte Material nahelegt, wenn – wie in den WHO-Dokumenten – von *reproduction* die Rede ist. Gemeint ist damit eben gerade die Dimension der *biologischen* Fortpflanzung. Nicht zuletzt drückt sich darin – auch dies muss analytisch fassbar werden – die vorherrschende Alltagspraxis aus, die diese Unterscheidung stark betont und in der insbesondere anhand des Verweisungszusammenhanges von Geschlecht und Fortpflanzung (gebären/Schwangerschaft = Frau) die Dimension der Schwangerschaft und Geburt als ein *somatischer* und eben geschlechtlicher (›weiblicher‹) Unterschied gegenüber dem Nicht-Schwanger-Sein erfahren und bedeutsam gemacht wird (vgl. Heitzmann 2017, 182).

Es erweist sich deshalb als *analytisch* sinnvoll und auch notwendig, eine Begrifflichkeit zu finden, die den Bereich des Gebärens von Kindern und jenen der Betreuung, Erziehung und Obsorge unterscheidet. Es braucht Begriffe, die die Unterscheidung analytisch einzufangen vermögen, denn diese Unterscheidung *ist* ja gerade ein Strukturelement der heutigen Gesellschaft, das es soziologisch ernst zu nehmen gilt.

Gefunden werden müssen Begrifflichkeiten, die die Ebenen der ›Fortpflanzung‹ und der Reproduktion analytisch nicht in eins fallen lassen, die deren Unterscheidung aber gleichwohl herausfordern. In Anlehnung an Mesner (2010) und Beer (1990) scheinen mir die Begriffe *generative Reproduktion* oder schlicht *Generativität* beziehungsweise *generativ* dafür einigermaßen geeignet.[18] Mesner (ebd.) übernimmt den Begriff der *generativen Reproduktion* von Beer (1990) mit dem Ziel, »den Fortpflanzungsaspekt von Reproduktion zu bezeichnen und vom Aspekt der sozialen Reproduktion, also der Betreuungsarbeit, zu differenzieren« (Mesner ebd., 16). Mit dem Begriff der *Generativität* kommen – im Unterschied zu *Fortpflanzung* – auch die Dimensionen der Schwangerschaft und Geburt als physisch-soziale Praxen in den Blick. Generativität ist, im Unterschied zum Begriff der Fortpflanzung, der in der Biologie auf Zeugung und Zellteilung beschränkt ist, breiter gefasst.

Der Begriff der Generativität differenziert die generativen Aspekte von Reproduktion, auf die sich auch das von mir untersuchte Material bezieht, und lässt diese mithin nicht in der sozialen Reproduktion aufgehen. Gleichzeitig ermöglichen Begriffe wie Generativität oder generative Reproduktion, diese Fortpflanzungsaspekte nicht als rein biologisch zu fassen. Denn, wie Mesner (2010, 17) schreibt, muss »der reproduktive Zusammenhang trotz dieser inneren Differenzierung als Ganzes verstanden werden.«

Lettow (2011) plädiert aus diesem Grund auch für den Begriff der Fortpflanzungs- bzw. Generativitäts*verhältnisse*,[19] mit dem – in Anlehnung an etabalierte Begriffe wie *Geschlechterverhältnisse*, *Produktionsverhältnisse* usw. – der Zusammenhang der Praktiken des

18 Und zwar nicht gemäß ihrer Verwendung in der Psychologie bzw. Sozialpsychologie, die Generativität – wie Erikson 1950 und Kotre 1984 – als eine Übernahme von Verantwortung für die nächste Generation beschreibt, sondern in einer soziologischen Deutung.

19 Der Begriff der *Generativitätsverhältnisse* wurde von Susanne Lettow und Silvia Kontos in einem Diskussionskreis der Rosa-Luxemburg-Stiftung 2016 in einem gemeinsamen Beitrag eingebracht.

Kindermachens mit den gesellschaftlichen Verhältnissen insgesamt hervorgehoben werden soll.

Ich habe mich entschieden, in meiner Arbeit sowohl von *Generativität* als auch von *Generativitätsverhältnissen* zu sprechen. Ersteres kommt eher dann zur Anwendung, wenn ich die Politik der WHO rekonstruiere, die Generativität im Zuge des Gesundheitsfokus von gesellschaftlichen Verhältnissen stark abspaltet. Von *Generativitätsverhältnissen* spreche ich, wenn es mir darum geht, einen größeren Zusammenhang starkzumachen.

1.4 Aufbau der Arbeit

Im ersten Teil der Arbeit werde ich einige Hintergründe der Reproduktiven Gesundheit und Rechte sowie deren Institutionalisierung in der UNO und der Weltgesundheitsorganisation rekonstruieren. Der zweite Teil behandelt theoretische Überlegungen und den methodischen Zugang (kritische Diskursanalyse). Ausgehend von einer Perspektive der Regierungsweisen, werden Michel Foucaults Konzepte der Biopolitik und Gouvernementalität für die Fragestellung dieser Arbeit zum einen im Hinblick auf internationale Organisationen und Supra-Staatlichkeit erweitert. Zum anderen: Foucaults Anspruch ist es nicht, eine zeitlose Theorie des Regierens zu entwerfen. Vielmehr regte er dazu an, nach der jeweils *historisch spezifischen* Form der Gouvernementalität bzw. Biopolitik und den gesellschaftlichen Praxen zu suchen (vgl. Bargetz, Ludwig und Sauer 2015, 8). Dieser Anregung folgend, werde ich im Anschluss an die Gouvernementalitätsstudien Foucaults Machtanalysen für eine gegenwartsbezogene WHO-Analyse fruchtbar machen.

Foucaults Machtkonzeptionen weisen blinde Flecken sowohl hinsichtlich kolonialer wie auch geschlechtlicher Aspekte auf. Eine Analyse der internationalen Politiken der Generativität, wie sie die vorliegende Arbeit vornimmt, muss ihr theoretisches Instrumentarium um diese Dimensionen erweitern. Im Anschluss an Tellmann (2010; 2013), Ferdinand (1999) und Lorey (2015) wird deshalb die Entstehung der biopolitischen Gouvernementalität in ihrer konstitutiven Verbindung

mit kolonialen und vergeschlechtlichten Regierungsweisen in den Blick genommen. Die Programme der Reproduktiven Gesundheit werden so auch als Kontinuum historischer Konstellationen gefasst, gleichzeitig wird die biopolitische und gouvernementale Perspektive mit gegenwartsbezogenen geschlechtertheoretischen Ansätzen ergänzt. Im letzten Theorieabschnitt verbinde ich die Biopolitik-Analyse mit feministische-materialistischen Ansätzen (Beer 1991, Scholtz 2011) und versuche damit, die biopolitische Regierung der Generativitätsverhältnisse auch als Ausdruck und Konstituierung einer geschlechtlichen Arbeitsteilung zu konzipieren.

Auf dieser Grundlage fasse ich die WHO-Programme auch als Ausdruck einer vergeschlechtlichten Arbeitsteilung, die eng mit der kapitalistischen Produktionsweise verknüpft ist, das heißt, die Gesundheitsprogramme konstituieren und verstetigen programmatisch eine geschlechterspezifische und hierarchisierte Teilung von Arbeit zwischen Frauen und Männern (Demirovic 2008, 51). Meine These lautet: Indem die WHO-Programme Generativitätsverhältnisse im Feld der Gesundheit ansiedeln und in weiten Teilen als eine Frage der individuellen, privaten (weiblichen) Verhaltensweisen fassen, wird der Generativität die gesellschaftliche wie ökonomische Relevanz genommen. Fertilität, Schwangerschaft, Geburt oder schlicht die ›Produktion von Kindern‹ wird diskursiv in den Bereich des Privaten abgespalten und entpolitisiert. Verstetigt wird damit ein geschlechtlich-hierarchisches und kapitalistisches Arbeitsverhältnis, in dem Frauen für den Bereich der Generativität (und damit letztlich für Reproduktion insgesamt) responsibilisiert werden.

Der dritte Teil der Arbeit besteht aus dem *Close Reading* der europäischen WHO-Programme und stellt entlang der Theorie geleiteten Forschungsfragen vier zentrale Diskursformationen heraus. Aufgezeigt werden namentlich Prozesse der Vergesundheitlichung, das heißt die in der WHO Europa im Vergleich zum Kairo-Programm verstärkte Verschiebung vom Rechts-Subjekt zum Gesundheits-Subjekt. Weiter befasst sich das *Close Reading* mit dem Fokus der WHO auf die Choice-Terminologie und die damit verbundenen Topoi generativer und rationaler Selbstführung. Die letzten beiden Diskursfiguren untersuchen,

welche normativen bevölkerungspolitischen und vergeschlechtlichten Ausdifferenzierungen die Programme enthalten: Wer soll ›Europa‹ reproduzieren?

Der vierte und letzte Teil zieht Bilanz (Resümee) und wendet sich darüber hinaus der Frage zu, auf welche Weise Generativitätsverhältnisse in die feministische Theoriebildung eingebunden werden können. Ich stelle hier abschließend die Frage, inwiefern meine Interpretationen zur Feminisierung und Abspaltung von Generativität nicht ein Stück weit das Problem reproduzieren, auf das sie aufmerksam machen: nämlich die Abspaltung von Generativität in einen Bereich individuellen Gesundheitshandelns. Anders gesagt, scheint es mir, dass allein die Analyse und Feststellung der Abspaltung und Abwertung von Generativität diese erneut – theoretisch wie politisch – unsichtbar macht. Das heißt, es ist auf dieser Grundlage nur negativ feststellbar, dass die Abwertung, Feminisierung und Depolitisierung der Generativität ein konstitutives Element der aktuellen (kapitalistischen) Gesellschaftsordnung ist. Theoretisch ist Generativität auf diese Weise wiederum nur im Sinne ihrer Abwesenheit und Marginalisierung greifbar und erscheint dadurch wiederum als vorgesellschaftlich und ›naturhaft‹. Wie aber kann eine Theoretisierung der Generativität deren Marginalisierung und/oder Naturalisierung nicht wiederum selbst reproduzieren?

2. Die Verabschiedung der Reproduktiven Gesundheit und Rechte 1994 (UN-Aktionsprogramm von Kairo): Paradigmenwechsel und Abschaffung der Bevölkerungspolitik

Nach dem Zweiten Weltkrieg[1] beginnt eine Episode bevölkerungspolitischer Interventionen und Debatten, die sich vor allem auf den Globalen Süden richten.[2] Durch den wirtschaftlichen Aufschwung und den allgemeinen Wohlstand geht die Bedeutung der Geburtenkontrolle im Sinne einer staatlichen demografischen Regulierung im europäischen Raum insgesamt zurück. Zentral werden im Zuge der 1968er-Bewegungen vielmehr Themen wie sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung (Pille, das Recht auf Abtreibung usw.). Die treibenden Kräfte dieser gesellschaftspolitischen Auseinandersetzungen sind weniger der Staat, sondern Frauen(-bewegungen) und Frauenor-

1 Ich lasse die nationalsozialistische Bevölkerungspolitik in dieser Arbeit bewusst aus. Zwar stellt sie ein Kontinuum der hier beschriebenen historischen biopolitischen Genealogien dar und knüpft an diese an. Gleichzeitig ist sie in ihrer repressiven Systematik und Umsetzung eine besondere historische Zäsur, der man in einem kurzen Abriss kaum gerecht werden kann. Zur Verschränkung von Rassenhygiene, Geschlecht und Gesundheitspolitik im Nationalsozialismus siehe Bock 1983, 1991 und Weindling 1993.

2 Siehe z.B. Mesner 2010 und Sancar/Schmitter 2014.

ganisationen, weiterhin und zunehmend die Medizin[3] sowie auf der Gegenseite Kirchen und andere konservative Kräfte. Im Zuge dieser Auseinandersetzungen sowie der Aufarbeitung des Nationalsozialismus (Eugenik und Euthanasie) verschieben sich die Perspektiven auf Generativität insgesamt. Prämissen der Selbstbestimmung und Wahlfreiheit werden im Zuge kritischer Auseinandersetzungen immer wichtiger (Gleichzeitig findet in Ländern wie der Schweiz oder Schweden bis Ende der 1970er-Jahre weiterhin Euthanasie statt, das heißt, es werden zum Beispiel Zwangssterilisationen an Menschen mit Behinderung, an sogenannten ›Geistesschwachen‹ und/oder Armen, vorgenommen.[4]).

2.1 Katastrophische Bevölkerungsprognosen: The Population Bomb

Während Geburtensteuerung in der europäischen Region an Bedeutung verliert, richtet sich der geburtenpolitische Fokus jedoch zunehmend auf den Globalen Süden. Argumentiert wird zunächst vor allem ökonomisch (Erst im Verlauf der Zeit verschiebt sich der Blick auf die Gesundheit, der eigentliche Paradigmenwechsel von ökonomischen zu Gesundheitsparadigmen erfolgt mit der UN-Agenda von Kairo 1994 [vgl. Schultz 2006].)

Das viel beachtete Buch *The Population Bomb* (1964) von Paul Ehrlich befeuert die Diagnose eines überbevölkerten Globalen Südens. Geburtenkontrolle und Bevölkerungspolitik werden zum globalen Thema. Dabei steht die Diagnose der Überbevölkerung in einem engen Wechselverhältnis mit europäischen bzw. ›westlichen‹ Debatten: Vor dem Hintergrund religiöser Abwehr und schleppender Institutionalisierung der Verhütungsforschung in vielen europäischen Ländern kommt der Überbevölkerungsdiskurs sehr gelegen. Die Verhütungsforschung

3 Zur Kritik der Medikalisierung der Schwangerschaft siehe Illich 1981 und Duden 2002.

4 Zur Eugenik in der Schweiz siehe z.B. Wecker u.a. 2013.

wird teilweise mit dem Argument einer angeblich überbevölkerten ›Dritten Welt‹ vorangebracht und finanziert (vgl. Sprenger 1994, 106 und Connelly 2008, 241f.).

Anders gesagt, gibt es von verschiedener Seite ein Interesse, die Diagnose der Überbevölkerung starkzumachen. So ist der Überbevölkerungsdiskurs auch von europäischen bzw. westlichen Debatten um Wohlfahrtsstaatlichkeit flankiert: Nach dem Zweiten Weltkrieg erfolgt eine kurze Ära der Wohlfahrtsstaatlichkeit, in der die Aufgabe des Staates darin gesehen wird, ökonomische Gleichheit herzustellen.[5] Bald formiert sich jedoch der Vorwurf, der Sozialstaat produziere eine ›Kultur der Abhängigkeit‹ (siehe zum Beispiel die von Charles Murray geprägte Formel »Mehr Geld vermehrt Armut«, Murray und Hernstein 1994). In den USA und bald auch in Europa etabliert sich eine zunehmend neoliberale Argumentation der Eigenverantwortung und Aktivierung[6] und damit die Vorstellung, ›die Armen‹ seien an ihrem Elend selbst schuld, soziale Absicherung oder Umverteilung seien deshalb überflüssig. Auch Malthus' Bevölkerungstheorie wird in diesem Zusammenhang wieder aufgegriffen: *Dont't feed the poor* wird abermals zur Prämisse mit dem Argument, Menschen würden sich sonst übermäßig fortpflanzen und vom Sozialstaat abhängig. Auf den globalen Kontext übertragen, nimmt man nun an, sogenannte ›Entwicklungsländer‹ würden von ›Entwicklungshilfe‹ abhängig, diese *produziere* überhaupt erst Armut. Reaktiviert wird jene bedrohliche malthusische Vorstellung aus dem 18. Jahrhundert (ich gehe darauf später ausführlicher ein), der zufolge ›der Mensch‹ im Naturzustand unkontrolliert und gierig sei (Porter 1999, 249). Zentrale internationale Entwicklungsorganisationen wie die *Rockefeller Foundation* argumentieren – ausgehend von neomalthusischen Prämissen – Armut und ökonomische Knappheit resultierten aus einem unkontrollierten Bevölkerungswachstum. Sowohl Entwicklungs- wie auch Sozialhilfe dürften deshalb, so die Vorstellung, nur selektiv und nur gegen bestimmte Bedingungen und Auflagen gewährleistet

5 Unter anderen im Anschluss an Richard Titmuss (1958), der Armut als strukturell und nicht individuell betrachtete.

6 Siehe z.B. Murray/Hernstein 1994 und Mead 1997.

werden.[7] Bis in die 1990er-Jahre wird, dieser Logik folgend, die Vergabe von Entwicklungsgeldern entsprechend oft an die Bedingung geknüpft, dass die betroffenen Länder das Bevölkerungswachstum kontrollieren und eindämmen sollen. Dies hat den Effekt, dass die Regierungen dieser Länder teils repressive antinatalistische Interventionen durchführen. Manche Länder werden sogar gezwungen, ihre Ausgaben für Bildung oder Lebensmittelhilfe einzustellen und stattdessen in Geburtenkontrolle zu investieren.[8]

In wiederkehrender malthusischer Tradition werden der Diskurs und die Bilder von sich zügellos vermehrenden Menschen zum Schreckensgespenst hochstilisiert und die katastrophische Narration einer ›Invasion der Überzähligen‹ verbreitet (vgl. Connelly 2006, 300). Ausdrücke wie »Bevölkerungsexplosion«, »herding together in millions«, »chaos« oder »degeneration« (ebd.) bilden diskursive Formationen, die auf Angst setzen und mit dem Topos der Katastrophe spielen. Überbevölkerung wird nun weltweit als Ursache zahlreicher Krisenphänomene (ökologische, ökonomische usw.) debattiert. In der westlichen Welt verbreitet sich die Vorstellung, die Menschen müssten weltweit zur Planung kleinerer Familien bewegt werde. Den Menschen in den Ländern des Südens verspricht man, sie würden wohlhabender, wenn sie weniger Kinder hätten. In aufwendigen Kampagnen wird das Glück der geplanten Kleinfamilie propagiert, unter anderem mithilfe von Bildern demonstrativ konsumierender Kleinfamilien in vorstädtischen Einfamilienhäusern und einem Auto in der Garage: »Throughout the twentieth century, poor people were promised that they would have more things if only they had fewer childern. All the posters, flip charts and films displayed happy, planned families sorrounded with conspicuous

7 Unter anderen Margaret Thatcher und Ronald Reagan sind federführend bei der Implementierung der sozialdisziplinierenden sozialstaatlichen Stoßrichtung. Thatcher proklamiert, Ungleichheit sei eine Art Naturgesetz und Ausdruck einer freien Gesellschaft (»The opportunity to be unequal«). Später werden die Prämissen eines *aktivierenden Sozialstaates* (workfare) auch von der Sozialdemokratie übernommen (Blair, Clinton, Jospin, Schröder).

8 Siehe Connelly 2006; 2008; Randeria 2006; Höhler 2007.

consumption […]. with a suburban home and a car in the garage« (Connelly: 2008, 372). Und weiter: »[…] international institutions were forcing poor countries to cut spending on education, public health, and food subsidies – even while insisting on population control – much less be reduced to a problem of »unplanned unhappy families« (Connelly 2008, 360).

Antinatalistische Bevölkerungspolitik wird zum zentralen Faktor internationaler und nationaler Politiken. Es etabliert sich zunehmend die Meinung, Überbevölkerung sei die Hauptursache von Armut in den Ländern des Globalen Südens. Andere Gründe – zum Beispiel ökonomische Verteilungsfragen zwischen Nord und Süd – geraten in den Hintergrund. Zahlreiche Organisationen und Institutionen werden gegründet mit dem Ziel, Bevölkerungsfragen zu analysieren und die Geburtenzahlen zu beeinflussen. Und auch bestehende Organisationen richten sich verstärkt an Bevölkerungsfragen aus (zum Beispiel der *United Nations Population Fund* (UNFPA), die *Weltgesundheitsorganisation* (WHO), US-AID, die US-Entwicklungsbehörde, die Weltbank usw.). Zusammenfassend werden diese Organisationen *population establishment* genannt.[9]

Im Verlauf der 1980er-Jahre geraten die bevölkerungspolitischen Interventionen jedoch zunehmend unter Kritik. Vorgeworfen wird ihnen, rassistisch und frauenfeindlich zu sein und ökonomische Verhältnisse auf Fragen der ›richtigen‹ oder ›falschen‹ generativen Verhaltensweisen zu reduzieren (vgl. Schultz 2006, 117-135). Die Kritik kommt unter anderem aus der Frauengesundheitsbewegung, die nicht nur die Beendigung von Zwangsmaßnahmen sowie reproduktive Selbstbestimmung fordert, sondern sich in diesem Zusammenhang auch maßgeblich an der Ausarbeitung der Konzepte der Reproduktiven Gesundheit und Rechte beteiligt.

Im Zuge der Kritiken entsteht eine breite antibevölkerungspolitische Bewegung von NGOs und Frauenbewegung (vgl. Schultz 2006, 117-127), die das zentrale Anliegen formuliert, Generativität und Familienplanung auf die Basis der Menschenrechte zu stellen. An

---

9 Zur Geschichte des *population establishment* siehe Schultz 2006, 80-112.

der UN-Konferenz von Kairo im Jahr 1994 wird repressive Bevölkerungspolitik offiziell abgeschafft und Reproduktive Gesundheit (und Rechte) als internationale Programme verabschiedet. Im *Programme of Action of the United Nations International Conference on Population & Development* steht nicht mehr die Steuerung von Geburten im Vordergrund, sondern Gesundheit und Selbstbestimmung. Das Programm formuliert Einschätzungen, Richtlinien und Empfehlungen zu Themen wie Müttergesundheit, Schwangerschaft, Geburt, Verhütung, Geschlechtskrankheiten, Abtreibung, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung, Teenage-Schwangerschaft, AIDS usw.

Schultz (2006, 117-145) rekonstruiert die Vorgeschichte der Kairo-Agenda und die Verschiebung von der Bevölkerungspolitik zur Gesundheitspolitik und beschreibt den Institutionalisierungsprozess der Reproduktiven Gesundheit und Rechte als einen komplexen und ambivalenten Prozess der Hegemoniebildung, an dem multiple und extrem unterschiedliche Akteur/-iinnen beteiligt sind – zivilgesellschaftliche, staatliche und nichtstaatliche Akteurinnen und Organisationen (zum Beispiel die Womens Voice Koalitionen, Netzwerk HERA usw.). Dabei findet eine Konzentration der NGOs auf Staatsapparate und internationale Organisationen statt, und es zeigt sich eine »Enthybridisierung« der Frauen-NGOs und Frauengesundheitsszene (vgl. Schultz 2006, 151), die sich zunehmend gleichschalten mit den staatlichen bzw. institutionalisierten Sphären. Kairo läutet die Ära einer neuen »bevölkerungspolitischen Staatlichkeit« unter Beteiligung einer Vielzahl unterschiedlicher Akteure ein (vgl. Schultz 2006, 151-153).

Die Agenda gilt bis heute als Durchbruch, denn Bevölkerungspolitik wurde offiziell abgeschafft, Zwangsmaßnahmen verboten, an die Stelle von Bevölkerungspolitik ist das menschenrechtsbasierte Ziel der Reproduktiven Gesundheit und Rechte getreten. Gleichwohl gibt es auch kritische Stimmen, die bereits vor der Verabschiedung der Agenda von Kairo einwenden, das Gesundheitsparadigma würde den Fokus zu sehr auf individuelle generative Verhaltensweisen lenken, durch die Hintertür würden dadurch erneut Normen etabliert (vgl. Hartman 1995). Auch stelle die Agenda Geburtensteuerung und insbesondere Antinatalismus

nicht grundsätzlich infrage, sondern etabliere vielmehr einen impliziten Antinatalismus.

Kritisiert wird auch, dass die Agenda von Kairo Abtreibung *nicht* als universelles Menschenrecht anerkennt (ein Kompromiss, den man aufgrund des Widerstands seitens des Vatikans und einiger anderer Nationen eingegangen war) (vgl. Sax 1995). Women of Color (zum Beispiel die NGO Sister Song) kritisieren nicht zuletzt, die Agenda beinhalte vor allem westliche Vorstellungen von Generativität und Selbstbestimmung. Wahlfreiheit müsse, so Sister Song, auch mit einer Veränderung und Herstellung der materiellen Bedingungen einhergehen, unter den Frauen überhaupt frei wählen könnten. *Sister Song* und andere plädieren deshalb für den Begriff *Reproductive Justice*, der auch Umverteilung und soziale Gerechtigkeit starkmacht[10] (ausführlich dazu im *Close Reading*).

Die Abschaffung von Repression und die menschenrechtliche Fundierung von Generativität in der Agenda von Kairo sind zweifellos ein wichtiger Fortschritt. Allerdings – auch dies wird früh kritisiert – war und sind Reproduktive Gesundheit und Rechte juridisch unverbindlich (vgl. Schultz 2006, 196). Die UN-Agenda ist eine *Richtlinie*, das heißt die Mitgliederländer werden dazu angehalten, sich daran zu halten, die gesetzliche Umsetzung ist ihnen allerdings selbst überlassen. Die Agenda von Kairo ist mithin mehr politischer Claim als juristische Verpflichtung. Ich werde darauf im Theorieteil eingehen.

2.2 Gesundheitsförderung und unsichtbarer Antinatalismus

Entscheidend ist aber vor allem, dass der allgemeine Fokus auf die Gesundheit geburtenpolitische Steuerung nicht unbedingt aufhebt, sondern anschlussfähig bleibt für geburtenpolitische Makroziele. Schultz (2006, 301 u. 327) zeigt, dass diese im Zuge der neuen, individualisierten Selbstbestimmungsrhetorik jedoch unsichtbar, das heißt in die Individuen hinein verlagert werden. Individuen dürfen zwar fortan nicht

10 Zum Konzept *Reproductive Justice* siehe z.B. Roberts 1997, Luna 2009, Price 2010 sowie Ross/Solinger 2017.

mehr gezwungen werden, die Programmatik adressiert sie nun aber mit der Botschaft, Geburtenzahlen selbstbestimmt und zum Wohl ihrer eigenen Gesundheit zu kontrollieren. Schultz (ebd.) zeigt ein Paradoxon, demzufolge die Programme zwar Selbstbestimmung groß schreiben, diese jedoch gleichzeitig mit normativen Anrufungen der Selbstregulierung verknüpfen.

Gouvernementalitätstheoretische Gesundheitsanalysen[11] haben die Propagierung von individueller Machbarkeit als eine neoliberale Regierungsweise herausgestellt, die Individuen dazu auffordert, steuernd auf sich selbst einzuwirken. Im Zuge gouvernementaler Regierung wirden, so deren These, Wohlfahrtsstaatlichkeit und Gesundheitsversorgung delegitimiert. Insbesondere die Prämissen der Prävention erwarten von Individuen, sich mit Blick auf die Zukunft und *mögliche* Krankheiten kontinuierlich selbstoptimierend zu verhalten. Die durchaus auch wichtigen Ideen der Selbsthilfe und des Empowerment weisen demnach widersprüchliche Element auf: Sie sind einerseits emanzipatorisch ausgerichtet und versuchen, Menschen mehr Freiheit zu ermöglichen, gleichzeitig folgen sie neoliberalen Prämissen, Individuen mit dem Argument der Eigenverantwortung sich selbst zu überlassen und deren Verhaltensweisen regierbar zu machen (vgl. Petersen/Lupton 1996).

Diese gouvernementalen Mechanismen zeigen sich auch in der Agenda von Kairo: Mit dem Argument der gesundheitlichen Eigenverantwortung wird eine Bevölkerungspolitik durch die Hintertür möglich, zum Beispiel, indem Frauen in der sogenannten ›Dritten Welt‹ im Rahmen der *Safe Motherhood Initiative* (SMI) nahegelegt wird, sie sollten weniger Kinder haben, da die vielen Geburten ungesund für sie seien (Schultz 2006, 269-273). Mit anderen Worten legitimiert das Paradigma der Gesundheitsförderung Geburten senkende Direktiven mittels einer individualisierenden Anrufung, ein gesundes Leben zu

11 Siehe z.B. Petersen/Lupton 1996, Bröckling/Krasmann/Lemke 2000 und Greco 2000.

führen.[12] Wichterich (1994, 18-26) moniert, dass die Kairo-Programme und deren von vielen NGOs als feministisch deklarierte Fokus auf die (Dritte-Welt-)Frau sich mit der Forderung an Frauen richte, bestimmte generative, das heißt *westliche* Verhaltensweisen zu ›lernen‹. Selbstbestimmung erscheine dadurch als etwas, das den »Dritte-Welt-Frauen« erst durch UN-Programme beigebracht werden müsste.

Kairo steht also – neben wichtigen Fortschritten gegen Zwangspolitiken – auch für eine individualisierende Tendenz, globale sozioökonomische Probleme in die generativen Verhaltensweisen der (weiblichen) Individuen zu delegieren. Schultz (2006, 71) spricht von einer Tendenz der Entpolitisierung, durch die nicht nur Geburtensteuerung unhinterfragt bleibt, sondern auch zentrale Fragen der globalen Umverteilung dethematisiert werden sowie konkrete Maßnahmen wie der Ausbau von Gesundheitsversorgung oder der Bau von Krankenhäusern in den Hintergrund rücken.

Der Fokus der Kairo-Agenda richtet sich in den 1990er-Jahren zunächst auf den Globalen Süden. Bald wird jedoch auch im europäischen Raum dafür plädiert, Reproduktive Gesundheit und Rechte für die spezifische Situation dieser Weltregion zu konkretisieren. Die internationale Agenda der Reproduktiven Gesundheit und Rechte wird im Jahr 2001 von der WHO Europa für den europäischen Raum spezifiziert. Dieser Transfer ist bislang kaum erforscht worden und ist Gegenstand der vorliegenden Arbeit: Basierend auf der Methode der kritischen Diskursanalyse frage ich, auf welche spezifische Weise die für Europa adaptierten Programme Generativitätsverhältnisse regierbar machen. Welche gesundheitlichen, geschlechtlichen, geburtensteuernden Prämissen finden sich in den Programmen des europäischen Raums? Welche Rolle spielt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bzw. ihr Regionalbüro WHO Europe in Kopenhagen als Hauptakteurin bei der Ausarbeitung der Reproduktiven Gesundheit und Rechte im europäischen Raum? Wie werden Generativität, Gesundheit, Fertilität,

12 Zur kritischen Einschätzung von Präventionskonzepten in Entwicklungsprojekten siehe auch Berer/Ravindran 2000.

Schwangerschaft und Geburt konzeptualisiert und welche reproduktiven Subjektmodelle bringen sie hervor?

2.3 Reproduktive Gesundheit und Rechte im europäischen Raum: Die Rolle der WHO und der Prozess der Vergesundheitlichung

Im folgenden Abschnitt werde ich die Rolle der WHO bei der Implementierung der Reproduktiven Gesundheit im europäischen Raum beleuchten und dabei aufzeigen, dass die Verbindung von Gesundheits- und Bevölkerungspolitik bereits vor der Agenda von Kairo zentral wurde. Deutlich wird, dass die WHO Familienplanung schon ab den 1960er Jahren zum wichtigen Faktor internationaler Gesundheitspolitik machte und dies die Vergesundheitlichung der Generativität stark prägte.

Nach dem Zweiten Weltkrieg wird die UNO gegründet und kurze Zeit später die Weltgesundheitsorganisation (WHO) als ihre wichtigste Unteragentur. 61 Nationen unterzeichnen zunächst die WHO-Verfassung, 1948 tritt die Konvention offiziell in Kraft und 1952 werden die verschiedenen Regionalbüros gegründet (Asien, Afrika usw.) – auch das europäische *WHO European Regional Office* in Kopenhagen. Entscheidungsorgan der WHO ist das *World Health Assembly* (WHA), das einmal pro Jahr zusammenkommt. Im WHA sind die Gesundheitsminister/-innen der Mitgliederländer vertreten. Finanziert wird die WHO durch Mitgliederbeiträge.

Gleich wie die UNO ist die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein internationaler Zusammenschluss von Staaten, der sich anhand einer gemeinsam verabschiedeten Verfassung, gemeinsamen Agenden und Programmen konstituiert. Die WHO ist – wie die UNO – keine souveräne Instanz gegenüber ihren Mitgliedstaaten, sie kann nicht eigenständig Regelungen erlassen und hat keine juridische Geltung für die einzelnen Staaten. Anders gesagt, bleibt den Mitgliedstaaten – außer im Falle weniger Ausnahmen – die juristische Umsetzung der WHO-Empfehlungen selbst überlassen. Trotz dieser juridischen Begrenztheit

weisen internationale Organisationen wie die WHO eine Art subpolitische und vor allem breite Eigenlogik und Wirkmächtigkeit auf, und zwar durch ihre globalen und dezentralen Kooperationen und Vernetzungen mit vielfältigen Akteuren wie NGOs, Wissenschaftler/-innen, Gesundheits- und Regierungsakteur/-innen usw.

Die UNO und mithin auch die WHO basieren als Staatenorganisationen auf dem modernen Völkerrecht und den Menschenrechten. Das Hauptziel der UNO ist die Sicherung des Friedens bzw. Kriegsverhinderung, jenes der WHO ist der weltweite Schutz der Gesundheit. Gemeinsam mit den Mitgliedstaaten entwickelt die WHO Strategien und Maßnahmen, um Gesundheitsprobleme besser bewältigen zu können. Die wichtigsten Aufgaben der WHO sind: »Übernahme einer Führungsrolle in Partnerschaften im Gesundheitsbereich; Kursbestimmung in der Gesundheitsforschung und Förderung der Gewinnung, Übertragung und Verbreitung von wertvollem Fachwissen; Festlegung von Normen und Standards im Gesundheitsbereich und Überwachung ihrer Umsetzung; Formulierung und Ausgestaltung evidenzbasierter Gesundheitskonzepte und -programme; Bereitstellung fachlicher Unterstützung für die Länder, auch beim Kapazitätsaufbau; Überwachung und Bewertung gesundheitlicher Trends« (*Verfassung der WHO*, 1946). Die Aufgabe der WHO ist weiter die weltweite Koordination von nationalen und internationalen Aktivitäten beim Kampf gegen übertragbare Krankheiten wie AIDS, Malaria, SARS und Grippe, die Lancierung globaler Impfprogramme, auch zur Vorbeugung vor Pandemien, sowie die Lancierung von Programmen gegen gesundheitliche Risikofaktoren wie Rauchen oder Übergewicht. Weiter untersucht und erhebt die WHO Gesundheits- und Krankheitsentwicklungen, unterstützt die Mitgliedstaaten beim Aufbau von möglichst wirksamen und kostengünstigen Gesundheitssystemen, erstellt Listen von unentbehrlichen Arzneimitteln und verfasst Gesundheitsberichte über die weltweite Gesundheitsversorgung bzw. über Gesundheitsprobleme und Handlungsbedarf. Eine zentrale Aufgabe der WHO ist es, Richtlinien, Standards und Methoden in gesundheitsbezogenen Bereichen zu entwickeln, zu vereinheitlichen und weltweit durchzusetzen.

In der von allen Mitgliedstaaten unterzeichneten Verfassung der WHO ist neben einer globalen Definition von Gesundheit festgehalten, dass die WHO in Zusammenarbeit mit der UNO die führende Autorität für internationale Gesundheitspolitik ist (*Verfassung der WHO*, 1946, 2). Genau genommen bedeutet dies aber ›nur‹, dass die WHO den Auftrag hat, Regierungen darin zu unterstützen, ihre Gesundheitspolitik voranzubringen. Anders gesagt, ist sie die richtungweisende Instanz in der globalen Gesundheitspolitik, hat aber nicht die Autorität eines Nationalstaates, der global agiert.

Organisationen wie die UNO und die WHO werden in den Politikwissenschaften auch als *internationale Regierungsorganisationen*, *Staatenorganisationen*, *Zusammenschlüsse* oder *Bünde von Staaten* bezeichnet.[13] Organisationen wie die UNO oder die WHO haben keine eigene juridische Macht, sie sind keine ›Weltregierungen‹ oder Weltgesetzgeber und ihre Ziele weisen – mit wenigen Ausnahmen[14] – nicht über die Souveränität der Territorialstaaten hinaus.[15] Trotz globaler Verflechtung und Interaktionen zwischen Staaten ist die Souveränität der Staaten in der internationalen Gemeinschaft nach wie vor zentral und unhinterfragt (auch wenn es einige Selbstbeschränkungen gibt, mit denen Staaten

---

13 Siehe z.B. Brand/Scherrer 2005.

14 So kann die WHO eigenmächtig Epidemiestufen ausrufen und diesbezüglich juristisch verbindliche Handlungsanweisungen wie z.B. Quarantänebestimmungen tätigen.

15 Zur Regierungsweise der UNO siehe Gebauer 2001. Es wird immer wieder diskutiert, inwiefern die Handlungsmacht der UNO zu eingeschränkt ist und ob sie mehr Kompetenzen braucht. Dies ist insofern eine schwierige Frage, weil internationale Organisationen wie die UNO und die WHO einerseits über die UN-Mitgliedsstaaten formaldemokratisch legitimiert sind, jedoch auch Demokratiedefizite haben. Die UNO wird getragen von den Nationalstaaten, die von ihren Regierungen vertreten werden. Es sind die nationalen Regierungen, die die Träger der internationalen Entscheidungsprozesse sind. Während sich diese Regierungen auf nationaler Ebene gegenüber der parlamentarischen Kontrolle verantworten müssen, besteht auf internationaler Ebene diesbezüglich ein Defizit (vgl. Gebauer 2001, 102). Die Bürger/-innen haben keine demokratischen Mitsprachemöglichkeiten. Ob mehr Souveränität überhaupt möglich wäre, ist ebenfalls eine schwierige Frage (ebd.).

ihre souveränen Kompetenzen teilweise an den Sicherheitsrat delegiert haben). Konkret bedeutet dies, dass das Rechtsmonopol der Territorialstaaten bei der Ausformulierung von Gesetzen fortbesteht. Für das Verständnis der Reproduktiven Gesundheit und Rechte ist dieser Aspekt zentral, da die Staaten letztlich selbst festlegen, wie weit diese Rechte juridisch tatsächlich reichen. Wie es Albert, Moltmann und Schoch (2004, 67-68) formulieren: Bünde souveräner Staaten wie die UNO oder die WHO bilden keine Weltregierung, sie haben keine juridische Entscheidungsmacht, gleichwohl erfolgt im Zuge dieser Bünde eine »Entgrenzung der Politik« (Albert 1998, 68) bzw. es sind »subpolitische Kontexte« (Beck 1996) entstanden, die auf eine andere, eine nichtsouveräne Art und Weise einflussreich sind.

Die Verfassung der WHO 1946 sieht drei Instrumente vor, mit denen die Organisation ihre Ziele voranbringen kann:

1 Völkerrechtliche Verträge (wird selten umgesetzt): Ein Vertrag im Sinne des Völkerrechts ist eine »ausdrückliche oder konkludente Willenseinigung zwischen zwei oder mehreren Völkerrechtssubjekten (internationale Übereinkunft), durch die völkerrechtliche Rechte und Pflichten begründet werden. Einen solchen rechtlich verbindlichen Vertrag haben die WHO-Mitgliedstaaten bisher erst einmal abgeschlossen, jenen zur Rahmenkonvention der Tabakkontrolle 2005 (engl. *WHO Framework Convention on Tobacco Control, FCTC*).[16]

2 Regelungen – unmittelbar gestützt auf die WHO-Verfassung über:
   a. Sanitäre und Quarantänemaßnahmen und andere Vorkehrungen zur Verhinderung der Ausbreitung von Krankheiten von einem Land ins andere;

16 Der einzige unter der Ägide der WHO erarbeitete und von der WHA angenommene völkerrechtliche Vertrag ist das WHO-Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. Das Rahmenübereinkommen ist entstanden aus der Erkenntnis, dass die weltweite Ausbreitung des Tabakkonsums schwerwiegende Folgen für die öffentliche Gesundheit hat. Deshalb wird eine weitest mögliche internationale Zusammenarbeit in der Tabakprävention und bei der Bekämpfung des illegalen Handels mit Tabakprodukten versucht.

b. Die Nomenklatur der Krankheiten, der Todesursachen und der Arbeitsmethoden des öffentlichen Gesundheitsdienstes;
c. Normen der diagnostischen Methoden für den internationalen Gebrauch;
d. Normen für die Beschaffenheit, Reinheit und Wirksamkeit biologischer, pharmazeutischer und ähnlicher Produkte im internationalen Handel;
e. Die Ankündigung und die Bezeichnung biologischer, pharmazeutischer und ähnlicher Produkte im internationalen Handel. Solche Regelungen gibt es bisher nur in zwei Bereichen: Erstens in der internationalen Klassifikation der Krankheiten, die »International Classification of Diseases« (ICD 2018). Zweitens wurden 1971 die Internationalen Gesundheitsvorschriften (engl. *International Health Regulations, IHR*) verabschiedet. Sie sind seither dreimal revidiert worden, zuletzt 2005. Beide Regelungswerke werden mittels einer Mehrheit der WHA-Mitglieder für alle Mitgliedstaaten als rechtsverbindlich erklärt. Die Mitgliedstaaten haben allerdings die Möglichkeit, sich der Verpflichtung zu entziehen und Vorbehalte geltend zu machen (sog. *opting out*).

3 Die nicht rechtsverbindlichen Empfehlungen (darunter fallen auch die Reproduktive Gesundheit und Rechte): Das World Health Assembly (WHA) verabschiedet jedes Jahr sogenannte Empfehlungen, Resolutionen, Standards. Trotz deren mangelnder Rechtsverbindlichkeit und der vorhandenen Sanktionen bei Verstößen werden sie in der Regel von den WHO-Mitgliedstaaten befolgt. Dies gilt zumindest für Normen mit technischem oder wissenschaftlichem Charakter. Andere Empfehlungen, wie etwa der 1981 angenommene Internationale Kodex für die Vermarktung von Ersatzprodukten für Muttermilch (engl. *International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes*), sind umstritten und werden teilweise nur zögerlich oder gar nicht befolgt.

Insgesamt setzen sich die Regierungsinstrumente der WHO aus einer Mischung aus rechtlich bindenden Verträgen (bisher gibt es wie er-

wähnt nur einen), verbindlichen Regelungen sowie aus rechtlich nicht bindenden Empfehlungen und Resolutionen (zum Beispiel Reproduktive Gesundheit und Rechte) zusammen. Die europäische Strategie für Reproduktive Gesundheit und Rechte aus dem Jahr 2001 ist eine menschenrechtsbasierte[17] Empfehlung im Anschluss an die Agenda von Kairo 1994, die sich auf die Region Europa bezieht und die spezifischen Probleme und den Handlungsbedarf in dieser Region adressiert. Trotz mangelnder Rechtsverbindlichkeit bleiben diese Programme durch ihre hybride Situation und Interaktion mit sozialen Bewegungen, NGOs, Expert/-innen oder Regierungen nicht unverbindlich und entfalten gerade durch diese Verbindungen eine Wirksamkeit (vgl. Vasilache 2014, 185).

Die WHO hat Partnerschaften mit mehr als 470 NGOs. Mit anderen Worten bilden Organisationen wie die UNO oder die WHO komplexe, dezentrale und globale Felder bzw. Netzwerke. So ernennt zum Beispiel das WHO-Regionalbüro für Europa jeweils sogenannte Kollaborationszentren in den Mitgliedstaaten, die für einen bestimmten Zeitraum vereinbarte Arbeitsprogramme auf ihrem jeweiligen wissenschaftlichen Fachgebiet oder im Rahmen ihrer Schwerpunkte durchführen. Deutlich

17 Die Erklärung der Menschenrechte ist nicht völkerrechtsverbindlich. Die internationalen Menschenrechte, einschließlich der Menschenrechtsinstrumente sowohl der Vereinten Nationen als auch regionaler Organisationen, bilden ›nur‹ den Rahmen für die Ausarbeitung nationaler Gesetze. Internationale Menschenrechtsdokumente lassen sich grob in zwei Kategorien einteilen: Übereinkommen, die für diejenigen Staaten rechtlich verbindlich sind, die sie ratifiziert haben; und sogenannte internationale Menschenrechtsstandards, die als Leitlinien angesehen werden und in internationalen Erklärungen, Resolutionen und Empfehlungen verankert sind. Beispiele für die erste Kategorie sind internationale Menschenrechtsübereinkommen wie der Internationale Pakt über bürgerliche und politische Rechte (ICCPR, 1966) und der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR, 1966). Regelungen, die der zweiten Kategorie angehören (hier gehört auch Kairo dazu), sind z.B. Resolutionen der Generalversammlung der Vereinten Nationen. Diese sind zwar nicht rechtsverbindlich, doch sie können und sollten die staatliche Gesetzgebung beeinflussen, da sie einen internationalen Konsens darstellen.

wird eine internationale Politikform, die über die Regierungsweise souveräner Staaten hinausgeht, die aber gleichzeitig eng mit souveränen Staaten agiert.

Durch den ab den 1960er-Jahren verstärkten Fokus der UNO auf Bevölkerungspolitik (insbesondere in der Entwicklungshilfe) erhalten die Vereinten Nationen Geld von den USA, um die bevölkerungspolitische Stoßrichtung international durchzusetzen – bald auch mithilfe der Weltbank (Population Project Department) sowie durch ihre Sonderorganisation WHO sowie verschiedene staatliche (zum Beispiel US-AID) und private Bevölkerungsorganisationen (Schultz 2006, 87).

In den 1960er-Jahren integrieret die WHO Familienplanung als eigenes Ziel. Sie entwickelte ein eigenes Programm zur Erforschung von Generativität, das sogenannte *Human Reproduction Program* (WHO-HRP), ein Sonderprogramm, das aufgrund einer multilateralen Zusammenarbeit den Schwerpunkt auf Verhütungsmittelforschung legte (zum Beispiel immunologische Verhütung wie Impfung gegen Schwangerschaft).[18] Die Gründung des HRP markiert die Hinwendung der WHO zur Bevölkerungspolitik, wie das WHO-Dictionary festhält: »The creation of the Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduktion (HRP) was particularly natable in that it represented an extension of WHO's work in the population field« (Historical Dictionary 2013, 21).

Auch die WHO vertritt den Standpunkt, Entwicklung und ökonomischer Fortschritt seien abhängig von Geburtenraten. Die verstärkte Hinwendung zur Familienplanung begründet die WHO allerdings vor allem gesundheitlich (ähnlich, wie später auch in der Agenda von Kairo argumentiert wird). So heißt es in der Resolution 18.49, World Health Assembly, Geneva, May 1965: »Size and structure of the population have repercussions on health conditions« (WHA 1965 Part I, 35). Und weiter: »To limit the size of the family was an indispensable measure in maternal and child health« (WHA 1965 Part II, 248).

18 Zur Geschichte der Verhütungsforschung siehe Richter 1993, Hartmann 1998, Hummel 2000 und Bhatia/Ynco 2002.

Diese Entwicklung zeigt die zunehmende Verankerung der Generativität als Gesundheitsthema bereits vor Kairo. Auch an einer Konferenz der WHO und der *International Planned Parenthood Federation* (IPPF) in Kenia/Nairobi 1987 wird Familienplanung bereits zum Hauptfaktor von Gesundheitspolitik erhoben – wie der Titel der Konferenz deutlich macht: »International Conference on better health for women and children through family planing«. Schwangerschaft wird hier als spezifisches Gesundheitsrisiko für Frauen verhandelt. Kurzum: Der Term *Reproduktive Gesundheit* taucht in WHO-Dokumenten bereits lange vor Kairo auf, und es wird deutlich, dass sich auf globaler Ebene die Verbindung von Gesundheits- und Bevölkerungspolitik *vor* Kairo vollzieht. Das Dictionary der WHO (2013, 21) hält fest, dass Bevölkerungspolitik innerhalb der WHO in Begriffen der Medizin und der Biologie gefasst wird als »the biology of human reproduction and the medical aspects of fertility control« (WHA 1965 Part II). Der Auftrag der WHO wird als Beitrag zur Forschung im Bereich der Verhütungsmittel verstanden, »[…] for the development of activities in family planning, as part of an organized health service« (WHA 1966). Dies mündete 1972 in der Gründung der bereits erwähnten HRP, damit ist Familienplanung in der WHO, das heißt als Gesundheitsthema gemeint. Familienplanung und Gesundheit stehen fortan in einem direkten Zusammenhang: »WHO's mandate was interpreted to firmly include assistance to adress the »urgent nature of health problems associated with changes in population dynamics« (WHO-Dictionary 2013, 22).

Ziel des Forschungsprogramms, an dem unter der Federführung der WHO auch UNDP, UNFPA und Weltbank beteiligt sind, ist es »to serve as the main instrument within the United Nations system for conducting, promoting, evaluating and coordinating international research on human reproduction, fertility regulation and familiy planning« (WHO-Dictionary 2013, 22). Unter anderen die Weltbank, die UNDP und die UNFP sind Co-Sponsoren des HRP, die WHO bleibt aber die exekutive Agentur. Das HRP und die immunologische Verhütungsforschung bleiben nicht unwidersprochen, kritisiert werden unter anderem Nebenwirkungen sowie mögliche eugenische Instru-

mentalisierungen dieser Verhütungsstrategien.[19] Die WHO setzte die Forschung jedoch trotz der Proteste fort (vgl. Schultz 2006, 156). Auch finden problematische Aspekte dieser Forschung wie Nebenwirkungen im WHO-Dictionary keine Erwähnung, man bezieht sich in der WHO-Selbstnarration lediglich affirmativ auf den ›wichtigen Schritt‹, dass Bevölkerungspolitik Anfang der 1990er-Jahre durch die menschenrechtsbasierten Konzepte der Reproduktiven Gesundheit international abgelöst wurden.

2.4 Die WHO nach Kairo

Der Prozess der *Vergesundheitlichung*, bei dem Schwangerschaft, Geburt, Familienplanung usw. zunehmend in den Rahmen von Gesundheitspolitiken gestellt werden, wird mit und nach Kairo weiter verstärkt. Dies drückt sich auch in einer Rhetorik der WHO aus, die Geburtensteuerung unter dem Paradigma der Gesundheit und unter Rückbezug auf möglichst hohen ethischen Standards zunehmend unsichtbar macht: »Any health intervention to influence population growth must be firmly based upon the highest ethical standard« (WHO 1993, 6). Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die WHO und ihr Forschungsprogramm HRP vor, während und nach Kairo eine zentrale Rolle bei der Implementierung einer Bevölkerungspolitik spielen, die sich zunehmend durch Gesundheitsargumente legitimiert.[20] Die WHO hat, mit anderen Worten, die *gesundheitliche* Fundierung der Bevölkerungspolitik konzeptionell wie politisch vorangetrieben, das heißt die Ver-

19 Siehe z.B. Richter 1993, Hartmann 1998, Hummel 2000 und Bhatia/Ynco 2002.

20 Giami (2002, 8) beschreibt eine Erweiterung des Gesundheitsbegriffes in Public Health seit der Gründung der WHO im Jahr 1946, bei der einerseits immer mehr soziale und politische Dimensionen von Gesundheit in den Blick kommen und andererseits das Individuum und sein alltägliches Gesundheitsverhalten ins Zentrum rückt. Diese Entwicklung bildet eine ideale konzeptionelle Anknüpfung für bevölkerungspolitische Anliegen, die sowohl Elemente der individuellen Verhaltenssteuerung als auch der makropolitischen Interessen aufweist.

bindung von Gesundheits- und Bevölkerungspolitik auf der internationalen Ebene maßgeblich vorangebracht.[21]

Es gibt mehrere Gründe dafür, dass die WHO Europa im Jahr 2001 bei der Konkretisierung der Reproduktiven Gesundheit für den europäischen Raum die Hauptakteurin ist: In den Jahren nach Kairo wird das Thema der Reproduktiven Gesundheit zunehmend in großen Organisationen zentralisiert und kaum mehr von Zivilgesellschaft und Frauenbewegung bearbeitet.[22] Die dominanten NGOs orientieren sich stark an einer Politik liberalisierter Staatlichkeit (Forderung nach freier Wahl und Choice), wodurch Abwehrrechte aus dem Blick geraten, das heißt, die juristische Verfolgung staatlicher Missachtung von reproduktiven Rechten wird durch eine individualisierende Choice-Perspektive immer weniger wichtig.[23] Diese Politik hat kaum mehr etwas mit der Durchsetzung von Rechten zu tun, deren Schwerpunkt liegt lediglich auf der Formulierung von unverbindlichen Richtlinien für die Mitgliedsländer. Dementsprechend überrascht nicht, dass bei der spezifischen Implementierung der Reproduktiven Gesundheit im europäischen Raum 2001 eine Organisation (die WHO) federführend ist, die so gut wie nichts mit Rechten zu tun hat und den Fokus voll-

---

21 Deutlich wird dies z.B. auch in den Programmen *Reproductive Health for all* (1995) und *Monitoring Reproductive Health* (1997).

22 Siehe Wichterich 2015.

23 Einige wenige Organisationen versuchten in den 1990er-Jahren noch, den rechtspolitischen Aspekt, also die reproduktiven Rechte, zu bearbeiten (zum Bsp. CRLP oder CLADEM). Diese gehen auch Kooperationen mit Parteien, Parlamentarier/-innen oder mit nationalen und internationalen Organisationen ein und konzentrieren sich im engeren etatistischen Sinne auf die Beeinflussung positiven Rechts (vgl. Schultz 2006, 166): »Sie versuchten, Gesetzesreformen zu erwirken und überwachten die menschenrechtlichen Kriterien des Aktionsprogrammes von Kairo. Als einzige Organisation zeigte die CRLP nach Kairo immer wieder Verletzungen reproduktiver oder sexueller Rechte vor nationalen oder internationalen Instanzen an.«

ständig auf Gesundheit legt.[24] Die Verfassung der WHO[25] formuliert keine *Rechte*, sondern definiert ihren Zweck darin, allen Völkern auf der Grundlage von Gesundheitsförderung bei der Erreichung des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu helfen. Ziel der WHO ist es, einen Grad an Gesundheit zu erreichen, der es allen Menschen ermöglicht, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen. Gesundheit wird in der Verfassung der WHO definiert als »ein Zustand von vollständigem physischem, geistigem und sozialem Wohlbefinden, der sich nicht nur durch die Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung auszeichnet«. Dieser breite Gesundheitsbegriff wurde im Zuge des Konzepts der *Gesundheitsförderung* in der WHO-Ottawa Charter (1986) entwickelt und basiert, wie ich noch zeigen werde, auf einer stark individualisierenden Perspektive.

Das *World Health Assembly* ist einmal pro Jahr das Hauptentscheidungsorgan der internationalen WHO. Ähnlich funktioniert das europäische Regionalbüro der WHO: Repräsentant/-innen aller Mitgliedstaaten treffen sich einmal pro Jahr, formulieren neue regionale Strategien und Programme und überprüfen die Arbeit und das Budget der WHO Europa. Als spezialisierte Agentur der UNO löste die World Health Organization mit der Gründung der UNO die *League of Nations* nach dem Zweiten Weltkrieg ab. 61 Nationen haben die Verabschiedung der WHO, das heißt ihre Verfassung 1946 unterschrieben. Seither findet einmal jährlich das *World Health Assembly* (WHA) statt, an dem über Finanzen oder Programme abgestimmt wird. Heute hat die WHO 194 Mitgliedstaaten. Die Entscheidungsgewalt haben die Delegierten, die von allen Ländern gestellt werden. Es werden jeweils alle drei Jahre Exekutivmitglieder gewählt, die die Entscheidungen der WHO in den

---

24 Kairo hat selbstverständlich auch einige nützliche Werkzeuge für feministische, sozial- und gesundheitspolitische Forderungen hervorgebracht. Wie Schultz (2007, 174) betont, ist gleichwohl ein kritischer Blick notwendig, um zu untersuchen, wie sich im Zuge historischer Prozesse bestimmte Akteurinnen, Politikformen, Konzepte und Problematisierungen durchsetzen, während andere im internationalen Konfliktfeld marginalisiert werden.

25 Siehe dazu die WHO-Strategie *Health for All* (1998).

Mitgliedsländern voranbringen und durchsetzen. Die WHO hat sechs Regionalbüros:

> The regional offices of WHO were created between 1949 and 1952, and are based on article 44 of WHO's constitution, which allowed the WHO to establish a regional organization to meet the special needs of each defined area. Many decisions are made at regional level, including important discussions over WHO's budget, and in deciding the members of the next assembly, which are designated by the regions. Each Regional Committee of the WHO consists of all the Health Department heads, in all the governments of the countries that constitute the Region. Aside from electing the Regional Director, the Regional Committee is also in charge of setting the guidelines for the implementation, within the region, of the health and other policies adopted by the World Health Assembly. The Regional Committee also serves as a progress review board for the actions of WHO within the Region (Burci/Vignes 2004, 56).

Das WHO-Regionalbüro für Europa befindet sich in Kopenhagen. Die Region Europa reicht von Portugal bis in den asiatischen Teil der Russischen Föderation und umfasst 53 Länder. Die wichtigsten Partnerorganisationen des europäischen Regionalbüros in Zusammenhang mit der Thematik der Reproduktiven Gesundheit sind die *International Planned Parenthood Federation* (IPPF) sowie der *United Nations Population Fund* (UNFPA), auf regionaler und nationaler Ebene. Die WHO Europa gibt gemeinsam mit dem UNFPA die Zeitschrift *Entre Nous. The European Magazine for Sexual and Reproductive Health* heraus, die einmal jährlich erscheint. Weiter gibt es zahlreiche Kooperationen mit europäischen Organisationen wie zum Beispiel mit *der Europäischen Gesellschaft für Verhütung und reproduktive Gesundheit* (ESC).

Die Strategie der WHO Europa aus dem 2001 hat anleitenden Charakter für die Mitgliedstaaten, die sich auch heute daran orientieren. Ihr Ziel ist es, die Agenda von Kairo für den europäischen Raum zu konkretisieren. Die WHO Europa verortet die Strategie aber auch in anderen internationalen Initiativen und Entwicklungen, zum Beispiel in der *Global Initiative Health for All* 1995 und der *Beijing Conference on Women*

1995 mit der Ankündigung, diese Politiken nun auch im europäischen Raum zu verstärken: »WHO globally has made reproductive health a priority area, underlined in the World Health Assembly Resolution of May 1995 (WHA 48.10). This Resolution »urges Member States to further develop and strengthen their reproductive health programmes« (WHO 2001, 1).[26] Weiter beruht die Strategie auf einem Auftrag, den die WHO Europa von den EU-Staaten erhalten hat: »In 1998 country representatives at the biennial meeting of Focal Points for Sexual and Reproductive Health recommended that guidelines be prepared by the World Health Organization, Regional Office for Europe, to assist them in developing their national strategies« (WHO 2001, 1).

Nicht zuletzt muss die Einführung der Konzepte auch vor dem Hintergrund des Mauerfalls betrachtet werden: In der *Regional Strategy* (2001) wird mehrfach argumentiert, dass durch das Hinzukommen der östlichen Regionen zum europäischen Raum die Dringlichkeit für eine *europäische* Strategie der Reproduktiven Gesundheit gestiegen ist, da es in den östlichen Regionen nicht nur mehr Müttersterblichkeit gibt, sondern Frauen auch vermehrt an Abtreibungen sterben und es insgesamt keine ausreichende Gesundheitsversorgung gibt.

Die *Regional Strategy* ist wie folgt strukturiert: Im ersten Teil werden die verschiedenen reproduktiven und sexuellen Gesundheitsprobleme in der europäischen Region skizziert und die Hintergründe der Konzepte dargelegt. Dabei wird auch begründet, warum die Konzepte der sexuellen und Reproduktiven Gesundheit für den europäischen Raum präzisiert werden sollen und es mehr Anstrengungen in diesen Bereichen braucht. Der mittlere Teil differenziert Konzepte und Definitionen der Reproduktiven Gesundheit, der sexuellen Gesundheit und der Safe Motherhood, im dritten Teil werden Ziele formuliert und am Schluss geht es um Möglichkeiten der Evaluationen und der Überwachung (Monitoring).

---

26 Die *Regional Strategy* weitet das Spektrum der adressierten Institutionen und Akteure aber auch vom Staat auf weitere Akteure aus: An den Richtlinien sollen sich nicht nur Regierungen/Staaten orientieren, sondern auch NGOs und internationale (Regierungs-)Organisationen (IGOs).

Seit der Konkretisierung der Reproduktiven Gesundheit für den europäischen Raum ist mehr als ein Jahrzehnt vergangen. Es wurden seither zahlreiche ergänzende Programme bzw. Ausdifferenzierungen ausgearbeitet und lanciert.[27] Sie alle beruhen jedoch nach wie vor auf der in Kairo im Jahr 1994 verabschiedeten Agenda der Reproduktiven Gesundheit und Rechte sowie auf den von der WHO Europa 2001 für den europäischen Raum spezifizierten Strategie.

---

27 Z. B. die Ausformulierung der sexuellen Gesundheit als eigener Bereich, die Konkretisierung der Reproduktiven Gesundheit für Jugendliche usw.

3. Genealogien und theoretische Bezüge

In den folgenden Ausführungen entfalte ich die theoretischen Bezüge der vorliegenden Arbeit. Meine Fragestellung orientiert sich grundsätzlich an der foucaultschen Machtanalytik, das heißt, es geht um die Frage, inwiefern die WHO-Gesundheitsprogramme auch Regierungstechnologien sind. Um diese Frage zu entfalten, stütze ich mich auf das theoretische Instrumentarium der *biopolitischen Gouvernementalität* und entwickle die Begrifflichkeit – Foucaults Arbeitsweise folgend – im Rahmen von Genealogien. Das heißt, die Programme der Reproduktiven Gesundheit werden als Ausdruck einer biopolitischen Gouvernementalität gefasst, deren gegenwärtige Regierungsform auf komplexe historische Hintergründe und Zusammenhänge von Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik, von Geburtensteuerung sowie auf Prozesse der Vergeschlechtlichung zurückzuführen ist. Diese historischen Hintergründe werden im Folgenden teilweise rekapituliert. Ich werde Foucaults Machtkonzeption zunächst einführend nachgehen und dabei den Fokus auf deren (historische) Verortung in Gesundheitsfragen richten. Wie Lorey (2015, 57) ausarbeitet, war biopolitische Gouvernementalität von Beginn an vor allem Gesundheitspolitik. Weiter gehe ich auf die gegenwartsbezogenen Gouvernementalitätsstudien ein und zeige auf, wie diese Foucaults Machttheorie für aktuelle Phänomene der Vergesundheitlichung und Medikalisierung fruchtbar gemacht haben. Die gegenwartsbezogenen Gouvernementalitätsstudien werde ich dem entsprechend in Bezug auf meinen Untersuchungsgegenstand – die Programme der WHO – nutzen. Zentral ist hier auch, das Theorem der

Regierung für eine globale, dezentrale Regierungsform jenseits von Nationalstaatlichkeit zu konkretisieren.

In einem weiteren Schritt geht es in diesem Kapitel im Anschluss an Ute Tellmann (2011; 2013; 2017) darum, die inhärente Verknüpfung von Biopolitik und Gouvernementalität genealogisch herauszustellen. Ausgehend von diesen Verknüpfungen, wird eine Begrifflichkeit zur Einschätzung der gegenwärtigen globalen bevölkerungspolitischen Konstellationen erarbeitet, mit der die den untersuchten Programmen innewohnenden Topoi einer krisenhaften bzw. katastrophischen Bevölkerung in die Machtanalytik integriert werden. Das heisst der den WHO-Programmen innewohnende Diskurs einer krisenhaften Bevölkerung wird, mit Bezug auf Tellmann (2011; 2013; 2017), als ein konstitutives Element der gouvernementalen Regierung fassbar. Im letzten Teil geht es um Geschlecht. Foucaults Biopolitik bleibt in Bezug auf Vergeschlechtlichung und die Rolle der Frauen unkonturiert. Um die vergeschlechtlichenden Dimensionen der WHO-Programme und der Reproduktiven Gesundheit fassen zu können, bedarf es deshalb einer Erweiterung der biopolitischen Gouvernementalität mit geschlechtertheoretischen Überlegungen. In diesem Abschnitt fasse ich die biopolitische Gouvernementalität und mithin die internationalen Programme der Reproduktiven Gesundheit auch als ein Regime der geschlechtlichen Arbeitsteilung, das mit kapitalistischen Produktionsverhältnissen verknüpft ist (Demirovic 2008, 51).

3.1 Gouvernementalität und Biopolitik: Neue Regierungsweisen

In seinen Vorlesungen am *Collège de France* (2004) zeigt Foucault, wie seit dem 16. Jahrhundert im Zuge einer langsamen Erosion feudaler Strukturen (Fürstentümer) neue Herrschaftsgebilde wie Territorial-, Verwaltungs- und Kolonialstaaten entstehen. Auch lösen sich einheitliche religiöse Zusammenhänge auf, Reformation und Gegenreformation evozieren eine religiöse Vielheit und Zerstreuung. In dieser Phase kommt es gemäß Foucault zu einer deutlichen Verstärkung der

Frage, wie am besten regiert werden soll. Diese Frage schlägt sich, wie Foucault zeigt, in einer Vielzahl von Schriften nieder, die sich mit der sogenannten *Kunst des Regierens* beschäftigen. Diese Schriften suchen eine Antwort auf die Frage, wie regiert werden soll, »durch wen, bis zu welchem Punkt, zu welchen Zwecken und mit welchen Methoden« (Foucault 2000a, 42).

Foucault greift hier auf Nicolo Machiavellis *Il Principe* aus dem Jahr 1532 zurück und interpretiert ihn als den historischen Kontrapunkt zur späteren Gouvernementalität. Gemäß Foucault geht *Il Principe* noch von feudalen Herrschaftsformen des Mittelalters aus, in denen das Prinzip Macht auf den Erhalt des Fürstentums und dessen Souveränität fokussiert ist. Das Territorium dieses Fürstentums und die darin befindliche Bevölkerung haben nur sekundäre Bedeutung. Der Souverän hat zwar auch in der feudalen Gesellschaft die Pflicht, den öffentlichen Nutzen zu wahren und zu mehren, das Wohl der Allgemeinheit ist jedoch nach damaliger Lesart ein anderes als heute: Es ist dann gewährleistet, wenn sich die Untertanen dem Gesetz unterwerfen, den Regeln folgen, die das Leben bestimmen und die Gott den Menschen und der Natur auferlegt hat. Folglich erfüllt der Fürst seine Aufgabe dann, wenn alle Untertanen seinen Gesetzen folgen. Das Wohl der Allgemeinheit drückt sich in einer völligen Unterwerfung unter die Gesetze aus und ist Mittel und Zweck des Fürsten, seine Position zu erhalten. Die feudale Gesellschaft des 15./16. Jahrhunderts bezeichnet Foucault entsprechend als eine »Gesellschaft des Gesetzes« (Foucault 2004a, 164).

Mit der Literatur zur Frage, wie regiert werden soll, zeigt sich Foucault zufolge ein neues Verständnis von der Aufgabe und den Mitteln des Staates: Regieren wird nun als etwas verstanden, das der Gesellschaft grundsätzlich immanent ist. Ob Familienvater, Priester, Richter oder Fürst – sie alle sind in dieser Perspektive Regenten, die das Regieren auf unterster Ebene zu einer Voraussetzung für das Regieren größerer Einheiten macht. Anders ausgedrückt: Die Regierung eines Fürsten soll sich von oben nach unten in einer »absteigenden Kontinuität« (Foucault 2000a, 49) (via Familienväter usw.) bis in die Familie verfolgen lassen, die Regierung des Staates wirkt bis in die Lebensführung der Individuen hinein. Die Regierungskunst geht also davon aus, dass die

Formen der politischen Regierung eng verbunden sind mit den Prinzipien persönlichen Verhaltens und den Techniken der Selbstformierung. Die Regierungsliteratur der frühen Neuzeit differenziert zwischen der Regierung seiner selbst (Moral), der Regierung der Familie und der Regierung des Staates (Politik). Die Regierung der Familie bzw. des *oikos* (griech. Haus- und Wirtschaftsgemeinschaft) nimmt eine Schlüsselstellung ein. Sie funktioniert als eine Art Verschaltung zwischen der Mikroebene der Subjekte und der Makroebene des Staates (ebd.).

Einen wichtigen Schritt zur Weiterentwicklung des neuen Regierens sieht Foucault in der Umdeutung der Rolle der Familie: Ab dem 18. Jahrhundert wird die Familie als Ausgangspunkt und Ziel guten Regierens von einem neuen Faktor ergänzt: der Bevölkerung. Ein zunehmendes Wissen um die Zusammenhänge und Phänomene, die der Bevölkerung eigen sind und sich nicht auf die Familie reduzieren lassen, machen den Faktor Bevölkerung zum neuen Ziel ökonomischer Überlegungen und Taktiken des Staates. Es entsteht die *biopolitische Gouvernementalität*.[1] Ihr Gegenstand sind die Prozesse des Lebens (Geburt, Leben, Tod, Gesundheit, Krankheit usw.). Die *Bevölkerung* rückt als eine neue statistische Kategorie ins Zentrum der Politik. Dabei ist die biopolitische Gouvernementalität eine Regierungsweise, die nicht mehr nur unterwirft, sondern die Kräfte der Bevölkerung steigern will (Foucault 2004a). Diese gouvernementale Regierungsweise ist charakterisiert durch eine systematische Beziehung zwischen Machttechniken und Wissensformen. Mit der zunehmenden Wissensgesellschaft wird die Disziplinierung des Einzelnen durch die Regierungstechnologie einer statistischen Regulierung anhand von messbaren Normgrößen erweitert und teilweise abgelöst. Die Manipulation dieser Normgrößen

1 Ab dem 18. Jahrhundert konstituiert sich zudem im Rahmen der liberalen Regierungskunst ein konzeptionell und praktisch abgesonderter Raum der Ökonomie, dem schließlich eine eigene Rationalität zukommt. Die Ökonomie trennt sich nun vom traditionellen Kontext des Oikos, der Hauswirtschaft, und bezeichnet langsam ein eigenes Realitätsniveau mit autonomen Gesetzen, die sich von denen der Politik und der Moral unterscheiden. Ich werde später im Anschluss an Tellmann 2010 darauf eingehen, wie die biopolitische und die ökonomische Regierung zusammenhängen.

wird – folgt man Foucault (2004a) – zur zentralen Regierungstätigkeit. Das neue Instrument der amtlichen Statistik wird zur grundlegenden gouvernementalen Wissenstechnik moderner Staatlichkeit, bereitgestellt wird ein umfangreiches Regierungswissen, mit dem die Bevölkerung zum Regierungsobjekt gemacht wird.

Gemäß Foucault kann die Entwicklung der Regierungsformen nicht als eine lineare Abfolge in sich geschlossener und abgeschlossener Episoden betrachtet werden (vgl. Krasmann und Volkmer 2006, 13). Die Regierungsweise der Souveränität wird durch die (biopolitische) Gouvernementalität keineswegs einfach überholt oder ersetzt. Rechtsgrundlagen, juristische und institutionelle Formen der Unterwerfung und Disziplinierung sind im 17. und 18. Jahrhundert (sei es in Armeen, Werkstätten oder Schulen) nach wie vor ausschlaggebend. Foucault beschreibt ein Machtdreieck aus Souveränität, Disziplin und gouvernementaler Führung, dessen zentraler Einsatzpunkt die Bevölkerung ist (vgl. Foucault 2004a, 64).

3.1.1 Bevölkerung als neue Kategorie

Mit der Kategorie *Bevölkerung* entsteht »eine absolut neue politische Figur, die […] nicht existiert hatte, die nicht erfasst, gewissermaßen nicht erkannt worden war« (Foucault 2004a, 103). Es entsteht die Vorstellung, dass *Bevölkerung* eine eigenständige Einheit sei, deren Prozesse spezifischen Regeln folgen, die jedoch nicht mit Zwang gesteuert werden könnten. Foucault zeigt, wie sich am Problem der Bevölkerung eine nicht souveräne, dezentrale Regierungsform entwickelt, die Bevölkerung *indirekt* steuert – eine Lenkung und Leitung von Individuen und Kollektiven: Die neue Regierung habe die Macht der Unterwerfung langsam abgelöst bzw. diese ergänzt. Ihr Ziel sei nicht die Unterwerfung der Bevölkerung, sondern die Steigerung ihrer Kräfte. Während sich Macht vorher über den Tod herleitete, entwickelt sich nun eine Biomacht, deren zentraler Fokus das Leben ist: »Man könnte sagen, das alte Recht [des Souveräns], sterben zu machen oder leben zu lassen, wurde abgelöst von einer Macht, leben zu machen oder in den Tod zu stoßen« (Foucault 1983, 134). Und weiter: »Bis dahin gab es nur Untertanen, nur

Rechtssubjekte […]. Nun gibt es Körper und Bevölkerungen« (Foucault 2005a, 236).

Foucault definiert Biopolitik durch zwei unterschiedliche Problemlagen, von der die eine durchaus souveräne Mechanismen enthält. Die erste betrifft die spezifischen Rationalitäten einer Macht, die sich auf das Leben der Bevölkerung richtet, ihre »Gesundheit, Hygiene, Geburtenziffer, Lebensdauer« (Foucault 2004b, 435) in den Blick nimmt und zum Ziel hat, »das Leben zu optimieren« (Foucault 2001, 290). Die zweite Problemlage, die mit der ersten eng verknüpft ist, zielt auf Hierarchisierungen und zeigt sich Foucault zufolge in der Diskussion des modernen Rassismus und seiner Rolle für die souveräne Machtausübung: Die rassistische Zäsur rationalisiere die souveräne Entscheidung, »leben zu machen« oder »sterben zu lassen« (vgl. ebd., S. 101, S. 257), die sich nunmehr auf die Steigerung der Vitalität richte. Außerhalb dieser souveränen Entscheidung über Leben und Tod ist für Foucault die Biopolitik eine Macht, die fortlaufender, regulierender und korrigierender Mechanismen bedarf, um das Leben zu sichern: »Eine solche Macht muss eher qualifizieren, messen, abschätzen, abstufen, als sich in einem Ausbruch manifestieren« (Foucault 1983, 139).[2]

Es geht um die Beschreibung einer Makroebene der Macht, die aufgrund der Berechnung von Abweichungen eine Normalität definiert und auf der anderen Seite eine Mikroebene der Selbstführung installiert. Foucault zeigt, wie sich Politik und Leben in und durch ihr historisches Aufeinandertreffen transformieren.

> So sind die Arenen des Politischen unter den Bedingungen der Biopolitik nicht auf die Orte der institutionalisierten Politik in Parlamenten, Regierungen oder in der politischen Öffentlichkeit begrenzt. Vielmehr findet Biopolitik in Arztpraxen, am Arbeitsplatz und in den intimsten Entscheidungen und Wünschen über Sexualpartner und -praktiken statt. Stets richtet sich Biopolitik nicht primär

2 Ein an Foucault anknüpfender, ihm aber auch widersprechender Strang biopolitischer Überlegungen verbindet sich mit dem Namen Giorgio Agamben, der Biopolititk systematisch an die Erscheinungen souveräner moderner Macht bindet, siehe Reinfeldt/Schwarz 2004.

> an Rechtssubjekte, sondern an Menschen als Lebewesen; nicht an ein Staatsvolk, sondern an eine Bevölkerung oder Population (vgl. Folkers/Rödel 2015).

»Zum ersten Mal in der Geschichte reflektiert sich das Biologische im Politischen« (Foucault 1983, 170).

Als wichtiges konstituierendes Element der Biopolitik beschreibt Foucault das Sexualitätsdispositiv. An der Diskursexplosion zum Thema Körper und Sexualität veranschaulicht er die »Techniken der Maximalisierung des Lebens«, die sich um »den Körper, die Stärke, die Langlebigkeit, die Zeugungskraft und die Nachkommenschaft der ›herrschenden‹ Klassen« (1983, 121) kümmern. Im Verlauf des 18. Jahrhunderts beginnen die mittleren Klassen, sich vom Adel und dessen Blutsymbolik abzugrenzen. Ihr Blut ist nun der Sex (ebd.). Zugleich verläuft die Grenzziehung auch zwischen der Bourgeoisie und der Arbeiterklasse. Das Sexualitätsdispositiv dient der Stärkung des Bürgertums, dessen Generativität und sichert deren Fortbestand. Mit den explosionsartig ansteigenden Diskursen zur Sexualität wird die Bevölkerung angeregt, über ihren Sex zu sprechen. Mit der »Diskursivierung des Sexes« (ebd. 22) erfolgt die wissenschaftlich-empirische Analyse und Klassifikation der sexuellen Aktivität. Religiöse Beichtpraktiken werden zunehmend von den Demografen und Polizisten übernommen, um die Prostitution, die Entwicklung der Bevölkerung sowie die Krankheitsraten zu verhören und zu erforschen. Der Sex wird »Sache der Verwaltung« und zu einer »Angelegenheit der ›Polizei‹« (ebd., 36). Es bilden sich neue wissenschaftliche Disziplinen, die der Pflege und der genauen Kontrolle der Bevölkerung dienen sollen. Geburtenrate, Heiratsalter, Anzahl der Geschlechtsbeziehungen, Geschlechtsreife, Fruchtbarkeit, das Problem der Ehelosigkeit, Empfängnisverhütung usw. werden von der »Polizei des Sexes« kontrolliert (ebd., 27).

»Der Sex ist […] zum öffentlichen Einsatz zwischen Staat und Individuum geworden« (ebd., 38), zum Gegenstand einer eigenständigen Medizin. Anhand der Isolierung des sexuellen Triebs können jetzt Anomalien, Abweichungen, Hemmungen und pathologische Entwicklungen untersucht werden (ohne dass man ihnen organische Ursachen zu-

weist). Durch die zunehmende Bedeutung der Wissenschaft wird die Sexualität an eine mächtige Form des Wissens (Medizin) gebunden. Der Sex gilt ab dem 19. Jahrhundert als Geheimnis, dessen Wahrheit immerzu aufgespürt werden muss, da sie so lange verschwiegen wurde. Erziehungsgesellschaften versuchen Inzestpraktiken zu unterbinden, Stadtverwaltungen richten Ambulanzen zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten ein, die Prostitution wird durch Gesundheitsämter kontrolliert (ebd., 155f.). Das Sexualitätsregime zielt jetzt im Namen der öffentlichen Hygiene ebenfalls auf die unterprivilegierten Klassen.

Die neue Macht ist um zwei Pole organisiert: Einerseits richtet sie sich auf den individuellen Körper, auf seine Zurichtung vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Zustände, die Steigerung seiner Nützlichkeit und die Ausnutzung seiner Kräfte – die sogenannte »anatomische Politik« (Foucault 2005a, 235). Zum anderen richtet sie sich auf ein Kollektiv, die Regulierung der Bevölkerung als Ganzes, ihr liegen die Prinzipien zugrunde, »Kräfte hervorzubringen, wachsen (zu) lassen und zu ordnen, anstatt sie zu hemmen, zu beugen oder zu vernichten« (Foucault 1983, 132). Dabei wird die Bevölkerung als »Produktionsmaschine zur Erzeugung von Reichtum, Gütern und weiteren Individuen« (Foucault 2005a, 235) genutzt.

Gemäß Foucault ist die Folge einer Machttechnologie, die sich auf das Leben richtet, die »Normalisierungsgesellschaft« (Foucault 1983, 139): Es geht nun darum, das Leben zu sichern und auf eine bestimmte Art und Weise zu organisieren. Die Subjekte werden deshalb zunehmend an Normen gemessen, vor denen sie bestehen müssen. Statt an der Grenzlinie, die die Untertanen von den Feinden des Souveräns unterscheidet, richtetet die Biomacht die Subjekte an der Norm aus: »Eine Normalisierungsgesellschaft ist der historische Effekt einer auf das Leben gerichteten Machttechnologie« (ebd., 172).

Zentral ist, dass die Entdeckung der Bevölkerung mit der Begründung des ökonomischen Liberalismus und seinem Topos der Leistungssteigerung im 18. Jahrhundert einhergeht. In den Theorien der politischen Ökonomie wird der Bevölkerung jene Eigengesetzlichkeit zugebilligt, die das Wesen des gouvernementalen Verständnisses und die daraus folgenden Machttechniken wie zum Beispiel die ökonomische

»Nützlichkeitssteigerung« ausmachen (vgl. Nipperdey 2012, 18). Im Zuge dessen verändert sich Foucault zufolge auch das Selbstverhältnis der Individuen: Der abendländische Mensch lernt allmählich, »eine lebende Spezies in einer lebenden Welt zu sein, einen Körper zu haben, sowie Existenzbedingungen, Lebenserwartungen, eine individuelle und kollektive Gesundheit, die man modifizieren, und einen Raum, in dem man sie optimal verteilen kann« (Foucault 1983, 169f.).

Um das für die Biopolitik charakteristische Verhältnis von Subjektivierungsprozessen (Technologien des Selbst) und Machtmechanismen klären zu können, führt Foucault den Begriff der *Regierung* ein (Gouvernementalität):[3] »Jenseits einer exklusiven politischen Bedeutung verweist Regierung [...] auf zahlreiche und unterschiedliche Handlungsformen und Praxisfelder, die in vielfältiger Weise auf die Lenkung, Kontrolle, Leitung von Individuen und Kollektiven zielen und gleichermaßen Formen der Selbstführung wie Techniken der Fremdführung umfassen« (Bröckling/Krasmann/Lemke 2000, 10).

3.1.2 Der Begriff der Regierung

Mit dem Konzept des Regierens vollzieht Foucault eine machttheoretische Erweiterung, mit der Gegenstände wie die *Bevölkerung* oder das *moderne westliche Subjekt* in die Analytik der Macht integriert werden können, denn Macht »ist viel mehr als die Souveränität, viel mehr als die Herrschaft, viel mehr als *imperium*« (Foucault 2004a: 116). Foucaults Begriff der *Regierung* hat eine sehr weite Bedeutung, er versteht darunter »die Gesamtheit der Institutionen und Praktiken, mittels derer man die Menschen lenkt« (Foucault 2005c: 118). Damit kann Macht auch jenseits juridischer Vorstellungen gedacht werden, denn solange »der Kopf des Königs [...] nicht gerollt« ist (Foucault 1983, 90), solange also Macht auf Repression und Unterwerfung reduziert wird, kann in Foucaults Verständnis Macht nur unzureichend erfasst werden.

---

3 Die Wortschöpfung *Gouvernementalität* (*Gouvernementalité*) leitet sich ab vom französischen Adjektiv *gouvernemental* (die Regierung betreffend).

Deutlich wird in diesen Ausführungen, dass Foucault eine Analyse von Politik und Gesellschaft in Begriffen des Staates, der Souveränität und des Rechts immer wieder verworfen hat. Das wesentliche Argument für seine Ablehnung staatstheoretischer Konzepte besteht darin, wie Vasilache (2014, 1) ausführt, dass sie auf einer anachronistischen Machtvorstellung als einer institutionellen und repressiven Kraft basieren, die für moderne Politik kaum mehr relevant sei. Immer wieder hat sich Foucault gegen ein repressives und juridisches Verständnis von Macht ausgesprochen, souveränitätsfixierte Machtbegriffe kritisiert sowie schließlich eine souveräne Besessenheit der politischen Theorie beanstandet.

Gleichwohl hat sich Foucault in seinen Vorlesungen zur Gouvernementalität auch mit Fragen des Staates, der Souveränität, des Rechts – und insbesondere der Regierung befasst. Während er auch hier die Überbewertung des Staates kritisiert, stellt er dennoch fest, dass das »Problem der Souveränität […] nicht eliminiert«, sondern »im Gegenteil akuter denn je geworden« sei (Foucault 2004a, 161, zit.n. Vasilache 2014, 2). Vasilache (ebd.) zufolge ist dies kein Widerspruch, Foucault habe das Verhältnis zwischen Staat und Souveränität und gouvernementaler, das heißt auf einer Mikrophysik der Macht fußenden Regierungstätigkeit umgedreht. Die Analyse des Staates sei in dieser Perspektive nicht der Schlüssel zum Verständnis der Macht, sondern umgekehrt lassen sich staatliche oder transstaatliche Institutionen erst durch Machtverhältnisse erschließen (ebd. 2014, 2). Staatlichkeit wird nicht mehr als Ausgangspunkt der politischen Macht gesetzt, sondern als Konsequenz von Machtbeziehungen verstanden sowie als beweglicher Effekt eines Regimes vielfältiger Gouvernementalität. Ins Zentrum rücken damit die *Techniken des Regierens*, was eine Verbindung zum Begriffshorizont der Souveränität nicht ausschließt (vgl. Vasilache 2014, 3). Anders gesagt steht die Gouvernementalisierung nicht in Widerspruch zu souveränen, juridischen oder auch repressiven Regierungsweisen, auch diese gibt es nach wie vor.[4]

---

4 Siehe dazu auch Jessop 2007, Lemke 2007 und Saar 2007.

Gouvernementale Macht ergreift das Leben, sie geht über und durch den Körper, der nicht das passive Objekt der Macht ist, sondern auch ihr Einsatz: Macht ist produktiv – sie schafft neuartige Körperverhältnisse. Im Unterschied zum ›Gehorsamkeitssubjekt‹ entstehen in der Gouvernementalität historisch spezifische Subjektivitäten, die ein Zusammenspiel von Regierungstechniken und Selbsttechnologien aufweisen (Makro- und Mikroebene) (vgl. Bargetz, Ludwig/Sauer 2015, 13f.). Mit Selbsttechnologien meint Foucault Techniken, mit denen das Subjekt auf den Körper, die Seele, das Verhalten einwirkt. Diese beinhalten Möglichkeitsräume, in denen Anforderungen der Selbstoptimierung entsprochen wird, das heißt die makropolitischen Normalisierungsvorstellungen einer Gesellschaft in die Individuen hineinverlagert werden und Individuen sich selbst gemäß dieser Anforderungen regieren (ebd.) – andererseits können diese Anforderungen auch in subversiver und widerständiger Weise angeeignet werden. Subjektkonstitution mittels Regieren zu verstehen, bedeutet nicht, diese nur als Effekt von Zwang zu sehen, sondern auch als eine »Gleichzeitigkeit von Unterwerfung und Ermächtigung« (vgl. Ludwig 2011, 111).

Foucault versucht mit dem Paradigma *Führen der Führungen* die Vermittlung zwischen Machttechnologien und Subjektivierung, zwischen Fremd- und Selbstführung als nicht aufeinander reduzierbare, aber auch nicht als Gegensätze zu fassende Elemente eines Kontinuums zu begreifen. Dass sich Subjektivierung und Unterwerfung nicht wechselseitig aufeinander reduzieren lassen, impliziert auch, dass ihr Verhältnis und ihre Interaktion nicht notwendigerweise immer harmonisch und sich gegenseitig bestärkend sein müssen (vgl. Burchell 1993, 269). Foucault behandelt aber Zwang *versus* Konsens oder Struktur *versus* Handlung nicht als Gegensatzpaare, sondern fragt danach, welche Selbstverhältnisse durch Machttechnologien gefördert und welche gebremst werden bzw. welche Selbstverhältnisse Bedingungen von Machttechnologien sind (vgl. Schultz 2006, 223).

Foucault konzentriert sich also nicht auf souveräne staatliche Machtformen, sondern vielmehr auf die »Erscheinungsbedingungen« (Foucault 1992, 37) von Staaten und Institutionen, die ihnen *vorge-*

lagerten Rationalitäten und Machttechnologien. Das bedeutet, dass Institutionen, der Staat oder auch die Bevölkerung bei Foucault nicht einfach als gegebene Ausgangspunkte gedacht werden, vielmehr will er diese vom »Standpunkt der Konstituierung der Felder, Bereiche und Wissensgegenstände« (2004a: 177) verstehen.

Um diese Erscheinungsbedingungen, diese ökonomischen Rationalitäten des Regierens fassen zu können, führt Foucault den Begriff der Gouvernementalität ein und meint damit »die aus den Institutionen, den Vorgängen, Analysen und Reflexionen, den Berechnungen und den Taktiken gebildete Gesamtheit, welche es erlaubt, diese recht spezifische, wenn auch sehr komplexe Form der Macht auszuüben, die als Hauptzielscheibe die Bevölkerung, als wichtigste Wissensform die politische Ökonomie und als wesentliches technisches Element die Sicherheitsdispositive hat« (ebd.: 162).

Foucault eröffnet die Gouvernementalitätsvorlesung 1978 mit einer Differenzierung seiner vorangegangenen Machtanalytik. Er schlägt vor, statt zwei nun drei Formen der Machtausübung zu unterscheiden: Gesetz, Disziplin und Sicherheit (ebd.: 22f.). Das Gesetz trennt, ausgehend von einer gesetzten Norm, das Erlaubte vom Verbotenen. Die Disziplin trennt die ›Normalen‹ und ›Tauglichen‹ von den ›Abnormalen‹ und ›Untauglichen‹ (ebd.: 89f.), indem sie diese entlang der Norm einteilt und klassifiziert. Sicherheitstechnologien hingegen beziehen sich, wie Bargetz, Ludwig und Sauer (2015, 9-14) ausführen, nicht auf eine gegebene Norm, sondern – hier wird der postjuridische Zugang deutlich – auf eine Normalität, die sich erst im Prozess der Normalisierung herstellt. Sicherheitstechnologien gehen von einem Mittelwert aus, von dem aus das Akzeptable und dessen Grenzen definiert werden. Damit zielt das Sicherheitsdispositiv nicht auf die »Her-Ausnahme« (Lorey 2011, 236, zit.n. Bargetz/Ludwig/Sauer 2015, 9) des ›abnormalen‹ einzelnen Subjekts, sondern auf die »Hereinnahme« (260) der Abweichungen ab.[5]

5 Noch in *Der Wille zum Wissen* (1983) und *Überwachen und Strafen* (1977) bezeichnet Foucault den Machtmodus der Disziplin als *Normalisierung*. In den Gouvernementalitätsvorlesungen schlägt er stattdessen den Begriff *Normation* vor, um auf diese Weise hervorzuheben, dass für die Normation eben die Norm und

Sicherheitstechnologien tolerieren Abweichungen innerhalb eines bestimmten Rahmens nicht nur, »sondern vielmehr werden diese zum Element der Machtausübung« (Bargetz/Ludwig/Sauer 2015, 9). Während das Gesetz und die Disziplin direkt auf die einzelnen Subjekte zugreifen, um sie ins Verhältnis zur gegebenen Ordnung zu setzen, konzentrieren sich Sicherheitstechniken um den Durchschnitt und das Verhältnis zwischen Subjekten und Abweichungen. Sicherheitstechnologien regieren über die »Rationalisierung des Zufalls und der Wahrscheinlichkeit« (Foucault 2004a: 93) und wirken somit indirekt: Das Verhalten der Menschen wird – ohne in dieses direkt einzugreifen – über die Herstellung einer bestimmten Normalität gelenkt.

3.1.3 Empirische und historische Konkretisierung Foucaults und die Rolle von Gesundheitspolitik

Während *Gouvernementalität* und *Biopolitik* zu theoretischen Paradigmen der Soziologie, der Politikwissenschaft und auch der Geschichtswissenschaft geworden sind,[6] ist die eigentliche historische Analyse Foucaults eher wenig beachtet worden. Dazu hat unter anderem Foucaults widersprüchliche Chronologie beigetragen, die letztlich zwei Zeitpunkte der ›Erfindung der Bevölkerung‹ benennt: einen impliziten im 16./17. Jahrhundert[7] und dann jenen von Foucault explizit betonten um die Mitte des 18. Jahrhunderts (vgl. Nipperdey 2012, 18). Foucault wird aus Sicht der historischen Forschung immer wieder vorgeworfen, er habe seine Thesen zu Gouvernementalität und Biopolitik nur in Vorlesungsform

---

nicht ›das Normale‹ die Grundlage ist (vgl. Foucault 2004a, 91). Als Normalisierung bezeichnet er fortan die Wirkweise des sogenannten Sicherheitsdispositivs (vgl. Bargetz/Ludwig/Sauer 2015, 10).

6 Siehe z.B. Krasmann 2006, Pieper 2003, Burchell 1991, Dean 1999 und Lemke 1997.

7 Foucault konstatiert, die Bevölkerung sei bereits ins Bewusstsein der Politik eingetreten, lange bevor sie als entscheidende Quelle für die Macht und den Reichtum des Staates identifiziert wurde. Dabei habe sich die Regierung der Bevölkerung zunächst nicht durchsetzen können und sei erst in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts zum Durchbruch gelangt (vgl. Nipperdey 2012, 18).

skizziert, aber die Chronologie der Entdeckung der Bevölkerung empirisch nicht genügend und nur vage unterfüttert.

Einige Folgearbeiten haben deshalb die Entstehung der Biopolitik empirisch angereichert. Senellart (1989) zum Beispiel konzentriert sich auf die Entwicklung einer biopolitischen Regierungskunst im späten 16. Jahrhundert, die das Konzept einer Verwaltung von Menschen und Sachen entwickelt. Senellart bekräftigt die frühe ›Erfindung‹ der Bevölkerung, die Landwehr (2007) entgegen Foucaults Periodisierung für Venedig bereits um 1600 ausmacht. Für den deutschen Raum hat Fuhrmann (2002) darauf hingewiesen, dass der von Foucault angegebene Zeitpunkt der ›Entdeckung‹ der Bevölkerung modifiziert werden müsse, da diese schon im 17. Jahrhundert von politischen Theoretikern als steuerbare, homogene Einheit konzipiert wurde. Trotz seiner inkonsistenten historischen Chronologie bietet das foucaultsche Modell gemäß Nipperdey (2012, 18) jedoch fruchtbare Anknüpfungspunkte und macht insgesamt eine zusammenhängende Entwicklung des Bevölkerungsdenkens vom späten 16. bis in die zweite Hälfte des 18. Jahrhunderts deutlich.

Gemäß Nipperdey (ebd. 19) entspricht der Zeitraum vom 16. bis nach der Mitte des 18. Jahrhunderts eine Zwischenzeit, von der Entdeckung der Bevölkerung bis zur gouvernementalen Umformung des Umgangs mit ihr (die Foucault als ›Entdeckung‹ bezeichnet). Es handelt sich in gewisser Weise um die »Inkubationszeit der Gouvernementalität« (ebd. 19). Oder allgemeiner formuliert: Im 16. Jahrhundert können wir die Anfänge einer gouvernementalen Regierung identifizieren, die sich jedoch erst in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts voll ausbildet (ebd. 19f.).

Für die spätere Ausbildung der Biopolitik ab der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts gibt es weitaus mehr empirische Untersuchungen zur Entstehung des gouvernementalen Regierens und zur Bedeutung von Statistik und Demografie für die Praxis der Regierung im europäischen Raum.[8] Herausgearbeitet wird von diesen und anderen Arbeiten, auf welche Weise mit der statistischen Erfassung und Präsentation im 19.

8 Siehe z.B. Behrisch 2006, Napoli 2003 und Schmidt 2005.

Jahrhundert die politischen Probleme der Armut, der Delinquenz und der Krankheit als Massenphänomene erkennbar wurden und eine rational abgesicherte gouvernementale Intervention ermöglichten.

Die ersten Methoden der Bevölkerungsstatistik werden im späten 17. Jahrhundert vom Physiker und frühen Sozialwissenschaftler William Petty (1623-1687) in England entwickelt und formulieren das Ziel, den Staat zu stärken. Im Vorwort in *Political Anatomy of Ireland* (1672) schreibt Petty, mit der Erhebung der Bevölkerung ließe sich auch die Stärke des Staates bestimmen (Petty, zit.n. Porter 1999, 50). Petty sammelte Daten über Bevölkerung, Handel, Fabriken, Erziehung, Krankheiten usw. und entwarf eine politische Arithmetik von sozialen Faktoren, die – Petty zufolge – für die Erhaltung des Staates entscheidend sind, aber auch für die Verbesserung seiner kommerziellen, technologischen und politischen Möglichkeiten. Petty kann als der früheste Marktforscher betrachtet werden, wie Porter konstatiert (ebd.).

Auch Gesundheit und Krankheit spielen zunehmend eine Rolle und werden zum zentralen Element der Biopolitik. An Petty anschließend werden spezifische Gesundheitsanalysen lanciert: John Graunt (1620-1674) zum Beispiel erhebt Krankheitsvorkommnisse und Todesraten und im Zuge des 18. Jahrhunderts entstehen die ersten sogenannten *life tables* (auch *mortality tables* genannt), die Gesundheit und Lebenserwartung berechnen und in einen Zusammenhang bringen. Es handelt sich Porter (ebd.) zufolge um die frühen Vorläufer der sogenannten *vital statistics* (Bevölkerungsstatistik) und der Epidemiologie, die im 19. Jahrhundert dann zur Grundlage für staatliche Gesundheitspolitiken werden.

Der deutsche Jurist Gottfried Achenwall prägt im 19. Jahrhundert den Begriff *Statistik* (er bedeutet *Staatskunst*) (vgl. Porter 1999, 50). Darunter fasst er Datensammlungen zu Themen der Bevölkerung aber auch Geografie, Klima, natürliche Ressourcen, Handel, militärische Stärke, Erziehung und Religion. Bald etabliert sich die Vorstellung, die Stärke des modernen Nationalstaates ließe sich anhand von Bevölkerungsstatistik berechnen. Gegründet werden statistische Ämter, deren Aufgabe darin besteht, die Potenz des Staates bevölkerungsstatistisch zu definieren: Gottfried Wilhelm Leibniz (Vordenker der Aufklärung) schlägt,

wie Porter (ebd.) ausführt, in Deutschland bereits 1680 eine zentrale Stelle für Statistik vor, die vor allem dem Militär sowie der zivilen Administration dient und Register von Geburten, Ehen und Todesfällen führen soll. Kurzum: Die permanente Evaluation der Bevölkerung inklusive Geschlecht, sozialer Status, die Zahl der kriegstauglichen Männer und die Zahl der gebärfähigen Frauen wird zum zentralen Einsatz der Regierung.

Die vorgeschlagene Datensammlung wird in Deutschland etwas später vom Bevölkerungsstatistiker und Theologen Johann Peter Süßmilch (1707-1767) realisiert. Süßmilchs Ziel ist es, eine Regelmäßigkeit der ›Naturordnung‹ nachzuweisen und eine Art Naturtheologie zu begründen. So behauptet er beispielsweise, dass es von der Natur vorgesehen sei, mehr männliche Kinder hervorzubringen, um den Verlust der Männer in den Kriegen auszugleichen. In den 1740er-Jahren präsentiert Süßmilch, wie Schmidt (2005, 58f.) ausführt, eine Studie (*Die göttliche Ordnung in den Veränderungen des menschlichen Geschlechts, aus der Geburt, dem Tode und der Fortpflanzung desselben verwiesen*), die den Zusammenhang von Heiratsalter, Geburtenraten, Bevölkerungswachstum und dem Zugang zu Land ermittelt. Er argumentiert wie viele seiner Zeitgenossen gegen die Idee, alles dem Zufall zu überlassen, und macht sich für Regulierungen stark.[9] Süßmilchs Ideen repräsentieren ziemlich genau das, was Foucault als Entstehung der Biopolitik am Ende des 18. Jahrhunderts und Anfang des 19. Jahrhunderts beschreibt. Die Konsequenzen aus diesen neuen Wissensregimes sind disziplinierende Interventionen, die sich sowohl auf das Verhalten der Individuen als auch auf die Bevölkerung als Gattungskörper beziehen.

---

9 Es erscheint zunächst widersprüchlich, eine *göttliche Ordnung* zu reklamieren und doch eingreifen zu wollen. Da aber der Fürst als ein Vertreter Gottes angesehen wird, ist dieses Eingreifen legitim. Er setzt die göttliche Ordnung fort: »Damit lässt sich die policeyliche Intervention, beispielsweise ins Zeugungsverhalten, theologisch vernünftig absichern« (Schmidt 2005, 59).

3.1.4 Die historische Bedeutung von Public Health

Gesundheitspolitiken (Public Health) und medizinische Wissensproduktionen spielen bei der historischen Entstehung biopolitischer Gouvernementalität eine zentrale Rolle. Wie Lorey (2015, 57) konstatiert, bedeutet »die verwaltende und normalisierende Menschenführung im Rahmen biopolitischer Gouvernementalität ab dem 18. Jahrhundert im Wesentlichen Gesundheitspolitik«.

Porter (1999) zeigt, dass bereits die frühe politische Philosophie des Merkantilismus die Notwendigkeit betont, die Stärke des Staates durch die Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit zu gewährleisten: »Counting and evaluating the strength of the state was supported by the political philosophy of mercantilism which viewed the monarch's subjects as his paternalistic property and equated the entire well-being of society as coterminous with the well-being of the state, as embodied by the sovereign. It was based on a form of political book-keeping which enabled the state to measure its strenght in terms of the size of its healthy population and which guided ist administrative goals and objectives« (Porter 1999, 49). Kurz zusammengefasst: »The strength of the state was calculated in terms of the health of its subjects« (Porter 1999, 165).

Die frühen Public-Health-Ansätze sind – ähnlich wie Bevölkerungstheorien (s.u.) – kolonial konnotiert: Ideen der Gesundheit, der Reinheit bzw. Reinlichkeit (purity) und Immunität entstehen auch als Bollwerk gegen die als ›unhygienisch‹ und ansteckend imaginierten Kolonien und ebnen den Weg für rassenhygienische/eugenische Prämissen.[10]

Am Beispiel Schwedens, Englands und Deutschlands untersucht Porter (1999) die Soziogenese von öffentlichen Gesundheitskonzepten (Public Health) und zeigt, wie diese im demokratischen bürgerlichen Staat verstetigt bzw. ausgebaut werden: Deutlich wird, dass Gesundheitspolitiken eine Zentralisierung der Macht in den Institutionen des modernen Staates ermöglichen. Das Prinzip *Citizenship* ist von

---

10 Siehe dazu z.B. Stoler 1995, Sarasin 2001, King 2002, Bashford 2004 und Brown/Bell 2008.

Beginn an mit der Idee eines »healthy citizen« (Redden 2002, 355) verbunden und ist dabei auch bevölkerungspolitisch motiviert (eine möglichst große und gesunde Bevölkerung soll staatliche Interessen wie Kriege, Produktion, Generativität usw. realisieren). Gegen Ende des 18. Jahrhunderts wird Gesundheit im Zuge der Revolution in Frankreich und auch in England zur offiziellen Staatsaufgabe.[11] Dabei wird einerseits die staatliche Verantwortung betont, andererseits wird die Verantwortung der Individuen für ihre eigene Gesundheit als auch zum Wohl des Staates hervorgehoben.[12]

In den neuen demokratischen Ordnungen wird das Individuum als eine politische und ökonomische Einheit eines kollektiven Ganzen betrachtet. Es entwickelt sich ein umfassender Glaube an die Macht der Erziehung und Aufklärung. Definiert wird dabei auch eine Pflicht der Bürger/-innen, gesund zu bleiben, Triebe und Konsum zu regulieren und sauber zu sein. *Healthy Citizenship* bzw. *Public Health* bilden die optimistischen Kontrapunkte zu Malthus' Katastrophismus, eine optimistische (utilitaristische)[13] Einschätzung der Lebensprozesse, deren Prä-

---

11 Auch in den Vereinigten Staaten verkündet Thomas Jefferson (dritter Präsident der Vereinigten Staaten), eine kranke Bevölkerung sei eine Folge kranker politischer Systeme. Despotismus führe zu Krankheit, Demokratie hingegen bringe Gesundheit. Er vertritt die Auffassung, ein Leben in Freiheit sei ein gesundes Leben. Demokratie wird als eine Quelle der Gesundheit angesehen. Die Gesundheit der amerikanischen Bevölkerung widerspiegele – so Jefferson – die Überlegenheit demokratischer Bürger/-innenschaft (vgl. Porter 1999, 49).

12 Zunächst steht die Epidemiebekämpfung im Vordergrund. In vielen Ländern werden im Verlauf des 18. und 19. Jahrhunderts staatliche Überwachungsregime (wie bspw. die *medical police* in England oder die *medizinische Polizey* in Deutschland) eingeführt. Die Gesundheitspolizei verhängt Quarantänegesetze bei Epidemien und kontrolliert das Hygieneverhalten der Bevölkerung (siehe dazu Toppe 1998).

13 Zentral für das zunehmend utilitaristische Denken ist, wie Porter (1999, 61-63) ausführt, eine Gruppe von liberalen Philosophen (Jeremy Bentham, Daivd Hume, John Stuart Mill usw.), die die Frage nach der Vereinbarkeit von Eigeninteresse und kollektivem Nutzen im Anschluss an Thomas Hobbes und Robert T. Malthus' pessimistische Einschätzungen neu und optimistischer denkt. Diese Überlegungen gehen etwas später in die bis heute einflussreichen ökonomischen Theorien von Adam Smith ein. Ihre optimistische Einschätzung des

misse die Erziehung zu Vernunft und Optimierung bezüglich der individuellen gesundheitlichen Verhaltensweisen ist (ich werde weiter unten im Anschluss an Tellmann [2017] herausarbeiten, inwieweit die Perspektive der liberalen Rationalität und die Perspektive katastrophischer Lebensprozesse konstitutiv verwoben sind).

Dabei unterscheiden sich marktliberale und staatspolitische Vorstellungen oft bei der Frage, wie stark die Rolle des Staates sein sollte. Adam Smiths (1723-1790) Lehre der freien Märkte geht davon aus, dass das Eigeninteresse der Individuen Profit und Unterhalt für *alle* garantiert, dass das Eigeninteresse durch die unsichtbare Hand des Marktes optimal geführt wird und der autonome Mechanismus des Warenaustausches letztlich eine gerechte und moralische Welt für alle garantiert. Anders gelagert, aber ebenfalls einflussreich sind dagegen die Thesen des britischen Ökonomen David Ricardo (1772-1823) (*On The Principles of Political Economy and Taxation* 1821),[14] wonach die Profitlogik des Marktes die Löhne auf eine Armutsgrenze senke, die das Überleben nicht mehr garantiere. In einer Kombination aus Bevölkerungslehre und dem sogenannten *Law of Wages* entwickelte er die Theorie, dass der Erfolg des Marktes letztlich auf einer Verelendung der Arbeitskraft aufbaue und ›überzählige‹ Bevölkerungsgruppen produziere (*redundancy of people*, vgl. Porter 1999, 116).

Menschen legt nahe, dass der Mensch eine Art natürliche Moral hat, wenn diese durch optimale Bildung und Erziehung gestärkt wird. Diese Denker versuchen zu beweisen, dass Egoismus und soziale Verantwortung kompatibel seien (Hume) und dass die Interessen der Individuen letztlich das Gemeinwohl automatisch stützen bzw. ihm zugutekommen, oder anders gesagt: Individuelle und kollektive Interessen stehen nicht in einem Widerspruch. Bentham schlägt vor, die individuellen Interessen über ein ausgeklügeltes Straf- und Erziehungssystem zu regulieren. Es entsteht der Glaube an die Macht der Erziehung, die zugunsten der Allgemeinheit als nutzenmaximierend angesehen wird (Utilitarismus). Aus diesen Überlegungen entsteht auch die Idee der Wohlfahrt für alle und die Idee, dass die Regierung für das Wohl aller verantwortlich sei und zur Verbesserung des Lebensstandards, der Gesundheit und Hygiene beizutragen habe. Benthams Ideen sind für die Entwicklung von Public Health im 19. Jahrhundert maßgeblich.

14 An ihn knüpft später Karl Marx an.

Als Antwort auf die eher pessimistische Einschätzung dieser ökonomischen Theorien platziert Jeremy Bentham (1748-1832) schließlich mit dem *Constitutional Code* (1830) seine utilitaristische Idee, dass das größte Glück und der höchste Grad an Freiheit und Fortschritt für alle mithilfe staatlicher Interventionen in das Verhalten der Individuen erreicht werden könne. Dieses Policy-Konzept setzte sich schließlich durch. Aus ihm resultieren in England die neuen Armengesetze (*New Poor Law* 1834) mit ihrem strengen Gesundheitsüberwachungssystem und menschenunwürdigen *workhouses*, in die man im Zuge der hohen Arbeitslosigkeit und Verelendung ganze Familien zwangsinterniert (vgl. Porter 199, 116-118). Die englischen *Poor Laws* sind das meist gehasste Gesetz des Viktorianischen Zeitalters (sie existieren bis 1929). Sie verbinden sich aufs Engste mit dem öffentlichen Gesundheitsapparat und seinen sogenannten *Sanitary*-Konzepten (Volksgesundheit) und Stadt-Hygiene-Vorschriften (vgl. Porter ebd.). Der britische Gesundheitsbeamte und Anhänger von Bentham, Edwin Chadwick (1800-1890) versucht sogar, die *Poor Laws* in ein *Sanitary Law* umzuwandeln. Seiner Meinung nach muss ›Armenpolitik‹ vor allem Gesundheits- und Hygienepolitik sein (vgl. Porter 1999, 117). Mitte des 19. Jahrhunderts wird im britischen Staat zunächst das Sanitary Law erlassen (1866), später wird Public Health offiziell als Teil der Armutspolitik deklariert. Porter (1999, 26) beschreibt diese Prozesse als eine »medical administration of the condition of physical existence«.

Die Medizin wird zunehmend zur politischen Planungswissenschaft,[15] anhand neuer quantitativer Methoden werden die Bevölkerungsgesundheit analysiert, Prognosen gestellt und medizinische Gesetzmäßigkeiten identifiziert (Porter 1999, 65). Im Zuge dieser medizinischen Wissensproduktionen – die zweifellos auch wichtige Fortschritte mit sich bringen[16] – wird es möglich, das Normale und das Pathologische/Abweichende zu unterscheiden. Auch entsteht ein

---

15 Auch die Soziologie des 19. Jahrhunderts wird aus medizinischen Metaphern heraus entwickelt, denn die soziale Ordnung wird insgesamt mit biologischen Organismen gleichgesetzt (vgl. Rose 2007).

16 Zahlreiche medizinische Entdeckungen, die Erfindung von Medikamenten usw. tragen zweifellos zum Wohlergehen der Menschen bei. Der Fokus dieser Arbeit

Vokabular, das Gesundheit – besonders die Gesundheit der Arbeiterklasse – biologisch erklärt (und soziale Bedingungen ausklammert). »[...] public health was in part about segregation of the diseased from the clean, the fit from the unfit, the immune from the vulnerable« (Bashford 2004, 2).

Die Entwicklung zum Gesundheitsstaat steht vor dem Hintergrund der von Foucault herausgestellten biopolitischen und gouvernementalen Machttransformation: Die Regierung durch absoluten Gehorsam und Unterwerfung wird ergänzt mit einer neuen Form der Macht, die auf der Grundlage eines säkularisierten und biopolitischen Prinzips individualisierend für ein *irdisches* Heil sorgen soll (vgl. Lorey 2015, 56) und verwaltend und normalisierend agiert: Nicht mehr der Herrscher, sondern der Arzt und die *medizinische Polizey* übernehmen die Funktion der Regierung, die vor allem auch auf eine optimale Selbstführung der Individuen zielt.

Neben der Etablierung disziplinierender Gesundheitsinstanzen entwickelt sich auch das Ideal eines präventiven und auf sich selbst einwirkenden Gesundheitssubjekts (vgl. Porter 1999, 58).[17] Die öffentliche Gesundheitspolitik jener Zeit beinhaltet sowohl repressive Interventionen – zum Beispiel durch die öffentliche Gesundheitspolizey in Deutschland, Österreich und anderen Ländern[18] – als auch die Anrufungen zur individuellen und optimierenden Selbstführung. Im europäischen sowie US-amerikanischen Raum ist ab dem 19. Jahrhundert eine starke Zunahme von Gesundheits- und gesundheit-

liegt aber auf der Frage, inwiefern Medizin und medizinische Forschung auch (nicht nur) mit Regierungsweisen und Macht verknüpft sind.

17 Es zeigen sich hier bereits die Vorläufer eines Gesundheitskults (Porter 1999, 55), wie er gegenwärtig zu beobachten ist (vgl. Kickbusch 2006 zur heutigen »Gesundheitsgesellschaft«). Die Ärzte der Aufklärung beziehen sich dabei auf eine Philosophie der Lebensverlängerung durch Diäten und Leibesübungen, die schon die antike Philosophie der Selbstsorge nahelegte (vgl. Porter 1999, 115-116), die damals allerdings noch keine gesellschaftliche Verbreitung erfahren.

18 Siehe u.a. Toppe 1998 und Carroll 2002.

licher Beratungsliteratur zu verzeichnen,[19] in denen die Prämisse der Eigenverantwortung starkgemacht werden und die gesundheitliche Selbstsorge mit der Verantwortung für ›die Nation‹ und die ›Gattung‹ verknüpft wird: »Healthy habits and conduct were made desirable for the dutiful citizen, a simultaneous desire for self-fulfilment and of personal responsibility for the nation/race« (Bashford 2004, 173).[20]

Hier schließt sich der Bogen zur Bekämpfung der Pocken durch statistische Messungen und Wahrscheinlichkeitsrechnungen, mit denen Normalitätskurven erstellt werden. Die Perspektive der biopolitischen Gouvernementalität orientiert sich zunächst an der »Wirklichkeit der bevölkerungseigenen Phänomene« (Foucault 2004a: 156f, zit.n. Lorey 2015, 57), um dann – wie im Fall der zu hohen Pocken-Sterblichkeitsrate der Unter-Dreijährigen – den ungewollten Normalitäten derart entgegenzusteuern, indem auf das Verhalten der Einzelnen, das heißt auf

---

19 Siehe Armstrong 1993 und 1997 sowie Bashford 2004 und 2006.

20 Es existiert eine wissenschaftliche Debatte darüber, inwiefern in England das Public-Health-System liberaler und weniger repressiv war als in Deutschland. Die Vorstellung eines liberaleren Englands – dessen Fokus mehr auf Public Health gelegen haben soll – *versus* ein ›polizeiliches‹ Deutschland geht auf Foucault (2000) und einige an ihn anschließenden Gouvernementalitätsstudien zurück. Carroll (2002, 464) argumentiert jedoch, dass die verschiedenen Konzepte im 18./19. Jahrhundert (*Public Health* und *Medical Police*) nicht als Gegensätze unterschieden werden können. Dass sich in England das scheinbar liberalere Idiom *Public Health* durchsetzte, bedeutet auch, dass unter dem Motto der Liberalität bestimmte, teils repressive Dinge durchsetzbar werden. Die idiomatische Entwicklung von *Medical Police* zu *Public Health* kann also auch als eine taktische Strategie verstanden werden. Der Niedergang des Merkantilismus und die Entstehung der politischen Ökonomie führt, wie Carroll (ebd.) weiter darlegt, nicht zu einer Abnahme der polizeilichen Regierung: »Rather than ›public health‹ becoming a new scientific and government strategy that ›reflected‹ a new political reality, a new idiom emerged that *refracted* the representation of medical police practice in a way that sought to make it palatable to those who viewed police as the antithesis of liberty« (Carroll 2002, 464). Carroll weist nach, dass es zwischen den Prämissen von *Public Health*, *States Medicine* und *Medical Police* keinen wirklichen Unterschied gab. Die moderne Public-Health-Kultur, wie sie gerne hochgehalten wird in England oder anderswo, war kein wirklicher Gegensatz zur Politik der Polizei.

deren alltägliches Handeln eingewirkt wird – eine »Machtausübung als ein auf Handeln gerichtetes Handeln« (Foucault 2005b, 287).[21]

3.1.5 Die Globalität biopolitischer Gouvernementalität

Entscheidend für die vorliegende Arbeit ist, dass die Entstehung der Gouvernementalität sich nicht auf Nationalstaaten beschränkt und die Perspektive der Gouvernementalität auf globale Verhältnisse übertragen werden kann.[22] Die Global Governementality Studies sowie die postkoloniale Forschung zeigen,[23] dass Foucaults Theoreme der Macht stark in nationalstaatlichen Grenzen verweilen. Foucaults ›Blindheit‹ gegenüber den globalen Dimensionen der Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik rührt unter anderem daher, dass er der Entstehung der Biopolitik zwar im Diskurs der politischen Ökonomie nachgeht, nicht aber die Debatten und Kalküle thematisiert, die sich bereits im 18. Jahrhundert *auch* auf eine koloniale Regulation von Generativitätsverhältnissen beziehen.[24]

So zeigen sich beispielsweise im Sexualitätsdispositiv, wie Stoler (1995) herausarbeitete, koloniale biopolitische Gemengelagen. Das bürgerliche Sexualitätsdispositiv geht Stoler zufolge auch auf ein sich veränderndes Verständnis von Generativität und Ideen der Rassenhygiene zurück, bei denen Fragen der Sexualität immer mehr auch in den Kontext eines langfristigen, generationenübergreifenden Prozess der Ver-

---

21 Es geht in dieser Arbeit keineswegs um eine pauschale Kritik an medizinischen Errungenschaften und/oder Forschung. Zahlreiche medizinische Entdeckungen, die Erfindung von Medikamenten usw. trugen und tragen zweifellos zum Wohlergehen der Menschen bei. Der Fokus dieser Arbeit liegt aber auf der Frage, inwiefern Gesundheitspolitik, Medizin und medizinische Forschung auch (nicht nur!) Regierungsinstrumente sind und sein können.

22 In den Gouvernementalitätsvorlesungen setzt sich Foucault kurz mit der Entwicklung moderner Staatsräson in der Außenpolitik des Regierungsstaates auseinander (2004b, 18-32).

23 Z. B. Ferguson/Gupta 2002, Neumann/Sending 2002, Larner 2004, Lipschutz 2005, Caldwell 2007, Selby 2007, Joseph 2010, Kiersey/Stokes 2011, Vrasti 2013 und Vasilache 2014.

24 Zur kolonialen Genealogie der Biopolitik siehe Tellmann 2017.

erbung gestellt wurden. Stoler (ebd.) hat Foucaults ›koloniale Blindheit‹ in diesem Zusammenhang kritisiert und deutlich gemacht, dass die Geschichte der bürgerlichen Sexualität als zentrales biopolitisches Dispositiv auch im Feld des Kolonialismus eingeschätzt werden muss. Die Geschichte der bürgerlichen Sexualität ist – wie Stolers Untersuchungen zeigen – auch koloniale Race-Geschichte. Ähnliche globale biopolitische Verquickungen finden sich in Gesundheitspolitiken. Bashford (2006) zeichnet nach, wie sich im Verlauf des 19. und 20. Jahrhunderts das Konzept *Weltgesundheit* (World Health) etabliert, was eine Verschiebung räumlicher Vorstellungen über die Welt und die Bevölkerung zur Folge hat: Die Welt wird im Zuge von Public-Health-Politiken früh als *globaler* Ort imaginiert. Während der großen europäischen Choleraepidemien um 1830 finden erste internationale Treffen statt, die das Problem *global* angehen. Das Globale wird zum Einsatz der Politik. Ab 1850 werden erste internationale Quarantäneregelungen erlassen und durch die neue Technologie der Telegrafie wird auch die Gesundheitskommunikation zu einer globalen.[25] Es finden mehrere Treffen statt, an denen über internationale Gesundheitsregulierungen verhandelt wird, zum Beispiel darüber, wie die jährlichen Mekka-Pilgerungen reguliert werden sollten, da diese als Auslöser für die Choleraprobleme in Europa angesehen werden.[26] Auch wird eine Reihe neuer Organisationen gegründet, die sich ausschließlich mit epidemischen Krankheiten

---

25 Die Einführung der Telegrafie in der Zwischenkriegszeit macht die Erhebung und den Austausch von Daten im großen Stile möglich (Bashford 2006, 72f.). Die üblichen globalen und kolonialen Schiffslinien der Kommunikation werden durch diese neuen Kanäle maßgeblich verändert und es entstehen neue Netzwerke. Das gesamte Kommunikationssystem verändert sich, Gesundheitsinformationen können fortan global und schnell übermittelt werden, die imperialen Mächte kommunizierten und kooperierten nun supranational. Natürlich ist das globale Gesundheitsnetzwerk damals nicht in dem Sinne supranational wie heute durch das Internet. Gleichwohl lässt sich feststellen, dass es auch damals kein auf Nationen basierendes System war.

26 Zu den einzelnen Konferenzen und Treffen vgl. Bashford 2006, 71.

und deren Verbreitung beschäftigt.[27] Im Zuge dessen werden Fragen der Migration, Mobilität, Quarantäne- und Grenzregime sowie Fragen der Ansteckung zunehmend miteinander in Verbindung gebracht. So trägt zum Beispiel die League of Nations eine epidemiologische Vitalstatistik des Globus zusammen, in der 72 Prozent der Weltbevölkerung erfasst sind. Diese Organisationen schicken Experten durch die ganze Welt, sie verfassen Berichte und sammeln epidemiologische Daten – insbesondere in den Kolonien. Die Gesundheitspolitiken dieser Organisationen basieren auf einer kolonialen Weltordnung, in denen europäische Kolonialherren und Experten in den Kolonien (insbesondere in Asien und Afrika) westliche Gesundheitsvorstellungen durchzusetzen versuchen.[28] Public Health wird zu einem globalen Anliegen, eine Entwicklung, die eng verbunden ist mit einem zunehmend eurozentrischen Verständnis von *Weltgeschichte* als *europäische* Geschichte sowie mit der Gleichsetzung von Modernität mit einem »hygienic citizen« (Amrith 2006, 9 und 105). Im Zuge globaler Gesundheitspolitiken entstehen Konzepte wie *World Health*, die nicht nur die Welt als global, sondern auch die Bevölkerung als *Weltbevölkerung* imaginieren. Biopolitische Regimes sind mithin nicht – wie Foucaults Analyse nahegelegt – ausschließlich nationalstaatlich (ich habe das weiter oben bereits ausgeführt). Die beteiligten Akteure und Organisationen sprechen längst nicht mehr von Nationen, sondern von Regionen: Asien, Australien oder die Ostküste von Afrika usw. Auch die heutige WHO und die in dieser Arbeit untersuchte Programmatik agieren auf der Grundlage einer

27 Z. B. 1920 die Gründung der *Epidemic Commission* durch die *New League of Nations* zur Bekämpfung des Typhusproblems in Osteuropa oder die Gründung der Privatorganisation *Rockefeller-Foundation*.

28 Siehe dazu King 2002 und Borowy 2010. Borowy zeigt die Entwicklung von europäischen zu globalen Gesundheitspolitiken und beschreibt, dass die Gesundheitsimperative zwischen der Stärkung der Unabhängigkeit der kolonisierten Völker und der Stärkung der eigenen Kolonialmacht schwankten: »At the time, the omnipresence of colonialism and the casual everyday racism obscured the difference between efforts to increase the health of Africans in order to strengthen their independent societies or to increase their health in order to strengthen their input into European colonial performance« (Borowy 2010, 13).

Welteinteilung nach »Regionen«. »In this long and complicated 20th-century history of health, hygiene and population, we can see the genealogy of ›the world‹ in world health, and even ›the globe‹ in globalization« (Bashford 2006, 65). Das Konzept *Global Health* wird dabei auch zur Legitimation für die imperialen Mächte, im ›Namen der Welt‹ oder im Namen der ›Menschheit als Ganzes‹ zu operieren (Bashford ebd.). Weitere postkoloniale Studien[29] machen deutlich, dass die Epidemiologie seit dem 19. Jahrhundert nicht nur auf nationale Bevölkerungen, sondern auch auf globale oder regionale Bevölkerungen zielt. Aginam (2003), King (2002), Borowy (2009) und andere haben zudem herausgestellt, wie aufgrund von Gesundheitsargumenten der westliche Lebensstil als globaler Maßstab gesetzt wurde (insbesondere in Asien und Afrika)[30] und/oder die Bevölkerungen in den Kolonien teilweise auch als ›Laboratorium‹ für medizinische Forschung und Experimente benutzt wurden (vgl. Borowy (2009). Insgesamt wird gerade am Beispiel von Gesundheitspolitiken deutlich, dass die historische Entstehung biopolitischer gouvernementaler Regierungen untrennbar mit globalen und kolonialen Verhältnissen verwoben ist und von einer *globalen Gouvernementalität* gesprochen werden kann.

Die im Zuge globaler Gesundheitspolitiken entstandenen Imaginationen von *Welt* sind auch für gegenwärtige globale biogouvernementale Regierungsweisen zentral, die sich nicht (nur) auf nationale Bevölkerungen beziehen, sondern oft auf die *Menschheit als Ganzes*. Die vorliegende Arbeit fasst die gegenwärtigen WHO-Programme als Kontinuum und Ausdruck globaler biopolitischer Regierungsphänomene. Eine zentrale Rolle spielt in der gegenwärtigen globalen Gouvernementalität der sogenannte »Menschenrechtskomplex« (Caldwell 2007): Im

29 Siehe Brown/Bell 2008 und Tellmann 2017.

30 Borowy beschreibt dabei auch die Ambivalenzen der kolonialen Gesundheitspolitik, die zwischen der Stärkung der Unabhängigkeit der kolonisierten Völker und der Stärkung der eigenen Kolonialmacht schwanken: »At the time, the omnipresence of colonialism and the casual everyday racism obscured the difference between efforts to increase the health of Africans in order to strengthen their independent societies or to increase their health in order to strengthen their input into European colonial performance« (2010, 13).

Auftreten von inter-, supra- und transnationalen Regierungsorganisationen wie UNO, WHO, IWF oder Weltbank und weltweit tätigen Nicht-Regierungsorganisationen haben sich Regierungsformen etabliert, die als gouvernemental bezeichnet werden können: »Die Bedeutung dieser Akteure, Organisationsformen und Politiknetzwerke rechtfertigt es, von einem Regime »transnationaler« bzw. »globaler« Gouvernementalität zu sprechen« (Lemke 2007, 59), ein grenzüberschreitendes dezentrales und wissensbasiertes Regime. Auch Ferguson und Gupta (2002, 988) kommen zu dem Schluss: »Thinking about the relation between states and a range of contemporary supranational and transnational organizations that significantly overlap their traditional functions, we have found it useful to develop an idea of transnational governmentality, borrowing and extending the idea of »governmentality« first introduced by Michel Foucault.«[31]

In der staatstheoretischen Auseinandersetzung um die neuen internationalen Politikformen jenseits des Nationalstaates haben sich verschiedene Ansätze etabliert. Grob gesagt zum einen die *Global Governance*-Ansätze[32], zum anderen die kritischen Perspektiven neogramscianischer Zugänge[33] sowie jene der an Michel Foucault orientierten global Governmentality Studies.[34] In den 1990er-Jahren entwickelten die Global-Governance-Studien[35] die These einer abnehmenden Bedeutung der (National-)Staaten und diagnostizierten die

31 Allerdings lässt sich Gouvernementalität als theoretisches Paradigma nur auf einen Teil dieser internationalen Politikformen beziehen: »Governmentality can only usefully be applied to those areas that might be characterized as having a form of liberalism« (Joseph 2010, 224). Oder um es mit Caldwell zu formulieren: Die globalen, subpolitischen Regierungsebenen der Menschenrechtskomplexe enthalten je nachdem auch den Machttyp der Souveränität (z.B. Kriegseinsätze oder humanitäre Einsätze über Ausnahmeregelungen).

32 Siehe z.B. Messner 1997 und 2005 sowie Zürn 1998. Der Begriff *Global Governance* ist kein theoretischer Begriff, sondern eine unscharfe Kategorie, die deswegen so breite Verwendung findet (vgl. Brand/Scherrer 2005, 126).

33 Siehe z.B. Hirsch 2005 und Hirsch/Jessop 2001.

34 Überblick zur internationalen oder globalen Gouvernementalität siehe Vasilache 2014.

35 Siehe z.B. Kohler-Koch 1993, Held 1991 und 1995, Messner 1997 sowie Zürn 1998.

Entstehung einer Welt(-zivil-)gesellschaft. Sie gingen davon aus, dass die Staaten mit einschneidenden Souveränitätsverlusten konfrontiert seien und an deren Stelle zunehmend komplexe staatlich-private Netzwerke träten. Ausgegangen wurde von sogenannten Governance-Strukturen oder Regimes, in denen die hierarchisch-bürokratische Gesellschaftssteuerung durch horizontale Verhandlungssysteme zwischen staatlichen und vielfältigen, nicht staatlichen Akteuren ersetzt würde. Diese Veränderungen verorteten die Governance-Studien auch in der zunehmenden Bedeutung internationaler Organisationen und Netzwerke: »Die Summe der Regelungen all dieser Institutionen machen das Regieren jenseits des Nationalstaates bzw. Global Governance aus« (Zürn 1998, 176). Die Global-Governance-Studien stellen in den meisten Beiträgen die Frage nach staatlicher Steuerungsfähigkeit in Zeiten der Globalisierung. Entsprechend untersuchen viele Beiträge die Bedingungen und Möglichkeiten staatlicher Kooperation, »um der Ohnmacht der Politik gegenüber der Eigendynamik der Globalisierungsprozesse entgegenwirken zu können« (Messner 2005, 37).

In ihrer liberalen Theorietradition schätzten die Global Governance Studies den Prozess der zunehmenden Kooperationen fast durchweg positiv ein, denn die Ablösung starrer Staatsregierungen durch internationale Kooperation würde, so die Einschätzung, Korrekturinstanzen ermöglichen und dazu führen, bessere Entscheidungen zu treffen. Die *Gobal Governance*-Ansätze legen keine machtkritische Perspektive der Internationalisierung vor, sondern interpretieren die Prozesse fast ausschließlich als Zugewinn und Demokratisierungsschub. Dabei wird oft nicht berücksichtigt, dass weder Staaten und Institutionen noch Organisationen und Zivilgesellschaft neutrale Krisenregulierer und Problemlöser sind, sondern in unterschiedlichem Maße an Kapitalinteressen, Wettbewerbsfähigkeit, ideologischen Interessen usw. ausgerichtet sind (vgl. Brand 2018, 154). Global-Governance-Studien tendieren dazu, die Herrschaftsförmigkeit dieser Terrains, Akteure, Strategien, Apparate und Wissensproduktionen zu ignorieren (ebd.).

Dem gegenüber stehen hegemonietheoretische und machtkritische Einschätzungen, die zum einen Herrschaftsebenen berücksichtigen und zum anderen davon ausgehen, dass nationalstaatliche Systeme

– trotz Modifikationen – nach wie vor einen Kern der politischen Prozesse auf nationaler wie internationaler Ebene bilden. Brand, Görg, Demirovic und Hirsch sprechen (2001) – um die Rolle supranationaler Institutionen/Organisationen, nicht staatlicher Akteure sowie der Zivilgesellschaft zu fassen – vom *erweiterten Staat* und meinen damit nicht einen kohärenten, zentralisierten internationalisierten Staat, sondern Regulierungsnetzwerke.

Aus der wachsenden Bedeutung internationaler Organisationen folgt aus dieser Perspektive also nicht, dass eine von den Einzelstaaten wirklich unabhängige internationale, geschweige denn rechtssouveräne politische Ebene entstünde. Anders gesagt, können wir zwar von einer Internationalisierung des Staates sprechen, aber keine tatsächliche Ablösung der Nationalstaaten durch eine suprastaatliche Weltregierung konstatieren (vgl. Hirsch 2000, 337).[36] Akteure wie die WHO übernehmen aus dieser Sicht Kompetenzen, die zuvor bei den Nationalstaaten lagen. Das verändert wiederum die Bedingungen staatlichen Handelns, wirkt sich transformierend auf die bestehenden Nationalstaaten aus, ohne diese allerdings abzulösen oder eine unabhängige, rechtssouveräne Politik zusätzlich zu den Staaten zu begründen (vgl. ebd. 2005, 147).

Auch ist die erweiterte Staatlichkeit aus dieser Sicht nicht *per se* demokratischer oder gar herrschaftsfreier. Zum einen, weil, wie Brand (2018, 154) geltend macht, auch diese erweiterte Staatlichkeit nicht selten auf die Interessen der starken Staaten zurückgeht. Zum andern partizipieren zwar mehr Akteurinnen ›von unten‹, Gegen-Hegemonien sind möglich. Allerdings müssen auch diese als herrschaftsförmig verstanden werden.[37]

---

36 Die Europäische Union stellt insofern einen Sonderfall dar, als sich dort am ehesten Elemente eines supranationalen Staates herausgebildet haben. Aber selbst hier bleiben die einzelnen Staaten – gestützt auf ihr bislang nicht zur Disposition gestelltes Gewaltmonopol – die entscheidenden Akteure.

37 Schultz (2006) zeigt am Beispiel der Agenda von Kairo (1994), dass diese auch maßgeblich von Frauenorganisationen vorangetrieben wurde und dabei wiederum neue ungleiche Machtverhältnisse und Hegemonien entstanden, z.B. gegenüber Frauen aus afrikanischen Ländern.

Ich schlage vor, die Politik der WHO mit einer hegemonietheoretischen Perspektive zu fassen. Damit wird klar, dass diese keine *eigene* Sphäre im Gegensatz zur nationalstaatlichen bildet. Sie hebt das einzelstaatliche System nicht auf, ist nicht »something in addition to the sovereign states (…), but on the contrary presuppose the prior existence of sovereign states to agree to it« (Kelly 2013, 12). Souveräne Staaten werden klar *vorausgesetzt*, es sind die Mitgliedsstaaten, die Organisationen wie die WHO durch ihre Mitgliedschaft völkerrechtlich ermächtigen. Durch die multiplen, dezentralen Vernetzungen und Kooperationen entstehen aber *erweiterte* »globale Führungsdispositive« (Demirovic 1997, 259), transnationale Kräfteverhältnisse von Staatsapparaten und nicht staatlichen Akteuren.

Diese hegemonietheoretischen Überlegungen zur Akteursebene möchte ich mit der an Foucault orientierten Regierungsperspektive der Gouvernementalität verbinden, auf diese Weise lassen sich auch die globalen *Wirkungsweisen* solcher Führungsdispositive fassen, die sich über die Durchsetzung bestimmter Wissensregime vollziehen und dabei regulierende Wirkung auf gesellschaftliche aber auch staatliche Dynamiken, Diskurse und Praktiken haben. Mit Foucault wird die Akteursebene erweitert. Gefragt wird, welche Regierungs*techniken* die erweiterten und transnationalen Politikmodelle aufweisen – das heißt, wie diese mit der Produktion von Wissen einhergehen und dabei »eine Unterscheidung von wahren und falschen Aussagen ermöglichen und den Modus festlegen, in dem die einen oder anderen sanktioniert werden« (Foucault 1978, 51); Unterscheidungen, die bestimmen, »was wahr ist und was nicht« (ebd.) und die dabei auch bestimmte Subjektivitäten konstituieren.

Mit einem solchen Zugang lässt sich die WHO und ihr wichtigstes Regierungsinstrument – das Programm – am besten verstehen. Die Programme produzieren Wissen und entfalten eine Ordnung der Wahrheit. Diese soll Gegenstand dieser Arbeit sein.

3.2 Gegenwartsbezogene Gouvernementalitätsstudien und Biopolitik. Das Beispiel Gesundheit: Risikotechnologien und Epidemiologie

Foucaults Anspruch ist es nicht, eine zeitlose Theorie des Regierens zu entwerfen. Vielmehr regte er dazu an, nach der jeweils *historisch spezifischen* Form der Gouvernementalität bzw. Biopolitik und den gesellschaftlichen Praxen zu suchen (vgl. Bargetz/Ludwig/Sauer 2015, 8). Dieser Anregung folgend, werde ich im Anschluss an die Gouvernementalitätsstudien Foucaults Machtanalysen für eine gegenwartsbezogene WHO-Analyse fruchtbar machen. Ich werde zunächst auf die Gouvernementalitätsstudien eingehen und aufzeigen, wie diese Foucaults Theoreme in Bezug auf aktuelle Phänomene der Vergesundheitlichung und Medikalisierung verwenden. Dieses theoretische Instrumentarium werde ich auf meinen Untersuchungsgegenstand – die Programme der WHO – übertragen.

Die gegenwartsbezogenen Gouvernementalitätsstudien haben sich eingehend mit dem Feld der Gesundheit beschäftigt und Prozesse der Medikalisierung beschrieben. Dabei haben sie diese u.a. als eine spezifische Regierungsrationalität neoliberaler gesellschaftlicher Verhältnisse konzipiert und die mit diesen verbundenen Selbstverhältnisse und Subjektkonstitutionen untersucht. Sie haben zum Beispiel gezeigt, auf welche Weise bestimmte gesundheitliche Subjektkonstruktionen mit dem Rückzug des Wohlfahrtsstaates und einer *Ökonomisieurung des Sozialen* einhergehen. Dabei fassen die Gouvernementalitätsstudien die *Ökonomisieurung des Sozialen* nicht einfach als Abbau staatlicher Interventionen, sondern gehen davon aus, dass das neoliberale Projekt darauf abzielt, die Verhältnisse zwischen den Sphären Politik, Ökonomie, Sozialem und Subjektivierung selbst neu zu ordnen und zu artikulieren.[38]

Während Theoretiker/-innen wie zum Beispiel Giddens (2001), Bourdieu (1996), Beck (1997) oder Hennessy (2000) Neoliberalismus

38 Siehe u.a. Bröckling 2004 und Bröckling/Krasmann/Lemke 2000.

oft – vereinfacht gesagt – als Rückzug des Staates und der Politik, als Ausdehnung der Ökonomie in verschiedene gesellschaftliche Bereiche bzw. als ungebremste Herrschaft des Marktes konzipiert haben, bevorzugen die Gouvernementalitätsstudien einen Begriff des Neoliberalismus, der die Unterscheidung zwischen Ökonomie und Gesellschaft und zwischen Ökonomie und Politik *selbst* als Programmatik des (Neo-)Liberalismus dechiffriert (vgl. Kalender 2013, 75).

Neoliberale Vorgänge umfassen spezifische gesellschaftliche Restrukturierungen. »Entgegen dem frühliberalen Projekt, in dem es um die Freiheit des Individuums gegenüber dem Staat geht, entwirft eine neoliberale Regierungsperspektive den Gouvernementalitätsstudien zufolge das Verhältnis von Markt und Staat auf eine Weise neu« (Schultz 2006, 223). Nicht der Staat überwacht die Marktfreiheit, sondern »der Markt wird selbst zum organisierenden Prinzip des Staates« (vgl. Bröcklin/Lemke/Krasmann 2000, 15). Die neoliberale Regierungsrationalität ersetzt, so Bröcklin, Lemke und Krasmann weiter, »ein begrenzendes und äußerliches durch ein regulatorisches und inneres Prinzip« (ebd.). Es ist die Form des Marktes, die als Organisationsprinzip des Staates, der Gesellschaft und Individuen dient. Freiheit ist demnach die Freiheit des Individuums, unternehmerisch zu handeln (Burchell 1993). Die Gouvernementalitätsstudien konzentrieren sich auf die Analyse neuer Wissensformen und Praktiken, in deren Zentrum eine individualisierte Form des Selbstmanagements steht; Wissensformen, die sich auch als Ressource für eine möglichst effiziente und dynamische Anpassung des Individuums an die sozialen Verhältnisse darstellen.

3.2.1 Gouvernementale Regierung und Gesundheit

Die Gouvernementalitätsstudien zeigen, dass das Feld der (globalen) Gesundheit heute nicht vorrangig über gesetzliche Regelungen oder autoritäre Anweisungen durch Expert/-innen bestimmt ist, vielmehr ist es charakterisiert durch ein Vokabular der Selbstbestimmung und individuellen Gesundheitsverantwortung. Lupton und Peterson (2008) und Nettleton (2011) zeigen eine neoliberale Regierungstechnologie, die in-

dividuelle Verhaltensweisen via Risikokalkulationen adressiert und zur Selbststeuerung aufruft. In aktuellen Gesundheitsdiskursen wird eine möglichst umfangreiche Informiertheit über den eigenen Körper und mithin Kenntnis über Risiken und Prävention gefordert. Damit einher geht die Anforderung einer permanenten Flexibilität und Spontaneität in der Reaktion auf veränderte Bedingungen (vgl. Lemke 2000, 240). Durch die Delegierung von Verantwortung an Individuen sickert ein ökonomisches Selbstverhältnis ein, eine neoliberale Logik, in der wohlfahrtsstaatliche Systeme nicht nur zunehmend abgebaut werden können, sondern das Ökonomische *selbst* dringt tief in die Selbstverhältnisse der Menschen ein (ebd.).

Die Gouvernementalitätsstudien verweisen damit auf die Paradoxien, die sich ergeben, wenn das voluntaristische neoliberale Konzept der individuellen Regierbarkeit von Gesundheit auf deterministische Körperbilder zurückgreift. Und sie untersuchen, wie das einst kritische Wissen über psychische und soziale Faktoren von Gesundheit, das sich innerhalb von gesundheitskritischen Bewegungen entwickelte und in Institutionen von Public Health oder der Psychosomatik Eingang fand, nun in die Anrufung einer neoliberalen Selbstsorge integriert wird.[39]

Wie auch Lemke (2000, 238) in seinen Überlegungen zur »Genetifizierung der Gesellschaft« zeigt: Einerseits machen gentechnologische Diskurse Gene als Instanz aus, die das Schicksal von Individuen determinieren und dazu führen, dass der Patient »die Zuständigkeit für ›seine‹ Krankheit verliert«. Denn eine prädiktive Medizin im Rahmen von Gendiagnostik hat die Aufgabe, Krankheiten als genetische Disposition von Individuen vorauszusagen. Gleichzeitig stellt Lemke (ebd. 238) im Kontrast dazu fest, dass die Ausdehnung prädikativer gendiagnostischer Tests die Zuständigkeit der Einzelnen für ihren gesundheitli-

39 Siehe z.B. Greco 2000. Sie zeigt, wie sich in der Psychosomatik der moralische und paradoxe Anspruch an die Einzelnen verstärkt, Fähigkeiten zur Selbstkenntnis und Selbstveränderung zu entwickeln, um riskantes und ungesundes Verhalten zu verändern. Dadurch entsteht die Vorstellung von Krankheit als ›schuldhaftem‹ Krankwerden. Während andererseits das Fehlen der Fähigkeit, informierte Entscheidungen und Selbstverantwortung zu übernehmen, gerade als Ausdruck der psychosomatischen Krankheit gilt.

chen Zustand ins Extreme steigert: Gesundheitsverantwortliches Verhalten muss in diesem Kontext gerade heißen, über die schlechten genetischen Dispositionen möglichst umfangreich informiert zu sein, um ihnen auf der Ebene von Umweltfaktoren oder auf der Ebene des individuellen Verhaltens entgegenzuwirken. Lemke (ebd.) und Greco (2000) zufolge können auf diese Weise immer neue Kriterien darüber aufgestellt werden, welches Verhalten vernünftig im Sinne von präventiv und risikominimierend ist. Die dadurch ermöglichte Delegierung der Verantwortung an die Individuen entspricht nicht nur einer neoliberalen Logik, in der wohlfahrtsstaatliche Systeme zunehmend abgebaut werden, sondern das Ökonomische *selbst* ist tief in die Selbstverhältnisse der Menschen eingedrungen.

Unter anderem die Gesundheitssoziologie diagnostiziert seit den 1970er-Jahren einen *Prozess der Medikalisierung*.[40] Die These von der Medikalisierung besagt, dass immer mehr Lebensbereiche – z.B. Schwangerschaft, Sexualität oder Generativität – unter den Blick medizinischer Wissensformen geraten. Diese objektivieren sowohl die Körper der Einzelnen als auch den Gesellschaftskörper. Dabei verbinden sich medizinische Expertise und Praxis mit Herrschaftsstrukturen und Machtverhältnissen. Gesundheit, Leben, Tod oder eben Sexualität und Generativität werden zu politischen Objekten medizinischer Regime (Krajic/Forster/Mixa 2009, 4). Es hat sich jedoch gezeigt, dass der Begriff der Medikalisierung zu eng gefasst ist, da sich der Gesundheitsbegriff längst auch auf Bereiche jenseits von rein medizinischem Wissen ausgedehnt hat. Macht im Bereich der Gesundheit operiert nicht nur über medizinische Expertisen, sondern

40 Siehe Duden 1987, Duden/Illich 1995, Loetz 1993 und Nettleton 1997. Zur klassischen Medikalisierungskritik vgl. Illich 1981. Illich fokussiert allerdings vor allem auf eine Technologiekritik. Dabei idealisiert er die Selbstbestimmung der Individuen gegenüber der Technik als ›natürlich‹. Dadurch kann er die gouvernementale Medikalisierung nicht fassen. Er bekommt nicht in den Blick, dass auch Selbstbestimmung nicht einfach jenseits von makropolitischen Normen steht. Eine gouvernementale Analyse von Medikalisieurungsprozessen macht dem gegenüber die Verbindung von Selbstführung und Fremdführung deutlich.

auch im Sinne einer neuen »Kultur der Gesundheit« (Brunnett 2007, 172). Mit dem Begriff *Gesundheitsförderung* zum Beispiel, der auch in den Konzepten der Reproduktiven Gesundheit maßgeblich ist, wurde in den internationalen Public-Health-Strategien und Organisationen ein sehr weit gefasster Gesundheitsbegriff etabliert: Auch soziale und psychische Dimensionen von Gesundheit wurden integriert und auf die gesamte Bevölkerung bezogen (ebd., 172).

Diese erweiterten Gesundheitskonzepte legen auch eine neue Vorstellung des Subjekts nahe: Menschen werden nicht mehr als passive Patient/-innen gesehen, vielmehr geraten ihre individuellen Kompetenzen im Umgang mit Gesundheit in den Fokus der Gesundheitsförderung. Die Ideen der Selbsthilfe und des Empowerments weisen widersprüchliche Elemente auf: Naidoo und Wills (2003) und Petersen und Lupton (1996) zeigen, dass *Gesundheitsförderung* einerseits sozialpolitisch ausgerichtet ist, andererseits aber auch eine neoliberale Programmatik aktiver, eigenverantwortlicher Individuen installiert. Gouvernementalitätstheoretische Gesundheitsanalysen im Anschluss an Foucault[41] thematisieren die Propagierung von individueller Machbarkeit als einer Regierungstechnologie, mit der Individuen steuernd auf sich selbst einwirken. In den neuen Gesundheitskonzepten verbinden sich Macht- und Herrschaftsweisen mit Subjektivierungsweisen, die Regulierung der Gesundheit stützt sich auf die Freiheit der Individuen (Nettleton 1997; Rose 2006), sich rational und präventiv für Gesundheit zu entscheiden und z.B. auf Risikoverhalten oder ungesunde Gewohnheiten zu verzichten (Greco 2000). Prävention bedeutet, sich permanent zu optimieren und an die Verhältnisse anzupassen.

Die Idee der Gesundheitsförderung basiert, wie Lengwiler und Madarász (2014) und Schultz (2006) zeigen, auf epidemiologischen Expertisen. Die Epidemiologie befasst sich mit der Verbreitung von Krankheiten in der Bevölkerung. Sie bezieht sich nicht auf Abläufe im einzelnen Körper, sondern auf die Erforschung von Bevölkerungsgruppen. Dabei stützt sie sich auf ein Paradigma der Risikominimierung

41 Siehe Bröckling/Krasmann/Lemke 2000; Greco 2000; Nettleton 1997; Petersen/Lupton 1996; Rose 2007.

und Prävention und wird heute als Synonym für Public Health verwendet. »Die Epidemiologie zieht entlang von Korrelationen zwischen bestimmten, als relevant erklärten Risikofaktoren (soziale, psychische, verhaltensbezogene oder körperliche Konstitutionen) und der Häufung bestimmter Krankheiten Rückschlüsse auf mögliche ursächliche Zusammenhänge« (Schultz 2006, 220).

Die Gouvernementalitätsstudien machen deutlich, dass Risikokalkulationen ein zentrales Element aktueller Medikalisierungsprozesse darstellen. Risiken werden dabei, mit Rekurs auf die Arbeiten insbesondere von Ewald (1993) und Rabinow (2004), nicht als objektive Bedrohungen moderner Gesellschaften etwa im Sinne von Becks *Risikogesellschaft* (1986) betrachtet. Vielmehr sind Risiken aus der Gouvernementalitätsperspektive diskursive Praktiken, mit denen gesellschaftliche Probleme und soziale Konfliktstoffe in statistisch erfassbare, objektiv erscheinende Unsicherheitsfaktoren und Krankheit umformuliert werden. Die so konstruierten Unsicherheiten erscheinen wiederum durch bestimmte Sicherheitstechnologien und Interventionsangebote als handhabbar und regulierbar.

Risikokalkulationen sind Lemke (2000, 35) zufolge Strategien der Normalisierung. Im Unterschied zur Normierung orientieren sich Interventionen aufgrund von Risikokalkulationen nicht an einer idealen präskriptiven *Norm*, sondern an deskriptiven Berechnungen tatsächlicher ›normaler‹ durchschnittlicher Entwicklungen und deren günstige Beeinflussung (vgl. Schultz 2006, 227). Risikotechnologien ermöglichen somit andere Formen der sozialen Kontrolle, die weder als repressiv noch als wohlfahrtsstaatlich integrativ zu beschreiben sind (Castel 1983; Lemke 1997). Castel hat diese Dynamiken bereits in den 1980er-Jahren als eine neue neoliberale Logik der Verwaltung von Risiken beschrieben, die auf statistischer Wissensproduktion beruht: »Ein Risiko resultiert nicht aus dem Vorhandensein einer bestimmten Gefahr, die von einem Individuum oder einer konkreten Gruppe ausgeht. Es ergibt sich daraus, dass abstrakte Daten oder Faktoren, die das Auftreten unerwünschter Verhaltensweisen mehr oder weniger wahrscheinlich machen, zueinander in Beziehung gesetzt werden« (Castel 1983, 59).

Die Übersetzung von Gefährlichkeiten in Risiken entfessle dabei eine expansive Dynamik der sozialen Kontrolle: Beliebig viele soziologische, ökonomische, kulturelle Daten können in Korrelation zu einem ›unerwünschten‹ Verhalten gesetzt und zu Risikofaktoren erklärt werden (zum Beispiel, indem geringe Bildung, Religion, Armut, Geschlecht usw. als Risikofaktoren für eine hohe Anzahl Geburten gesetzt werden). Allgemeiner gefasst, kann man auf diese Weise jede beliebige Besonderheit objektivieren und auf dieser Basis differenzierte Risikogruppen bzw. Populationen konstruieren (ebd., 69). Zentral ist insbesondere Castels Feststellung, dass eine Wissensproduktion, die tendenziell endlose soziale Phänomene über statistische Korrelationen als gesundheitliche Fragen formulieren kann, eine »potentiell unendliche Vervielfältigung von Interventionsmöglichkeiten« schafft (ebd., 61).

3.2.2 Reproduktive Gesundheit und Gouvernementalität

Susanne Schultz (2003a) hat die Post-Kairo-Politiken der Reproduktiven Gesundheit gouvernementalitätstheoretisch analysiert und die Risikotechnologien herausgearbeitet. Am Beispiel der internationalen Safe-Motherhood-Initiative demonstriert sie, wie einzelne Phänomene als Risikofaktoren isoliert und aus dem sozialen Zusammenhang gerissen werden. Auf der Grundlage dieser Risikofaktoren werden Normen definiert, wie das reproduktive Verhalten zu gestalten sei. Dabei privilegiert die Epidemiologie Faktoren, die sich als messbar erweisen und leicht zu identifizieren sind: Alter, Erwerbstätigkeit oder biologisches Geschlecht werden im Vergleich zu komplexeren Kategorien bevorzugt (Schultz 2003a, 474).

Die Ausweitung des Gesundheitsbegriffs und die epidemiologischen Risikokalkulationen sind, wie Schultz auch in ihrem Buch (2006) ausarbeitet, für die Agenda von Kairo (United Nations 1994) zentral. Ich habe in der Einleitung bereits dargelegt, dass durch die Vergesundheitlichung der Generativität im Rahmen der Kairo-Programme diese auch weiterhin für geburtensteuernde Politiken anschlussfähig blieben – wenn auch durch die Hintertür (vgl. Schultz 2006, 313-317). Im Anschluss an Foucaults Konzepte der *Biopolitik* sowie der *Gouvernemen-*

talitätsstudien beschreibt Schultz (ebd.) die Agenda der Reproduktiven Gesundheit und Rechte als eine neue Regierungsweise und kommt zu dem Schluss, dass die UN-Agenda eine »Reformulierung« (ebd., 25), eine Transformation und weniger eine Abschaffung oder ein Ende von Bevölkerungspolitik einleitete. Zwar sei die Distanzierung von Zwangsmaßnahmen ein wichtiger Fortschritt, auch stellen einzelne konkrete Projekte im Anschluss an das Aktionsprogramm wertvolle Gesundheitsversorgung in den entsprechenden Ländern bereit. Allerdings stelle die Programmatik Geburtensteuerung – vor allem im Globalen Süden – letztlich nicht wirklich infrage (ebd., 317).

Schultz (ebd., 21) beschreibt den Fokus der Programme auf *Gesundheit* als einen »Paradigmenwechsel«, der biopolitische Makroziele wie zum Beispiel Geburtensteuerung unsichtbar macht, weil diese in die individuellen Entscheidungen von Individuen, das heißt vor allem von Frauen, hineinverlagert werden. So würden Frauen im Globalen Süden mit der Botschaft adressiert, dass es für sie *gesünder* wäre, weniger Kinder zu bekommen (ebd., 231). Anders ausgedrückt: Antinatalismus wird mit individueller Gesundheit und Selbstbestimmung begründbar, wie Schultz am Beispiel von konkreten Entwicklungsprojekten wie der Safe-Motherhood-Initiative zeigt (ebd., 269). Im Gegensatz zu den autoritären Vorschriften früherer Politiken werden antinatalistische Ziele in eine gesundheitsorientierte Eigenverantwortung der Individuen im Umgang mit sich selbst delegiert. Appelliert wird an ein reproduktives Subjekt, das Generativität an einer optimalen Gesundheit ausrichtet.[42]

Kurzum: Die antinatalistische Stoßrichtung wurde im Zuge von Kairo nicht wirklich hinterfragt. Die Programme blieben anschlussfähig für Geburten steuernde Ziele, die durch die Verschaltung mit Gesundheitsparadigmen allerdings unsichtbar wurden. Anders gesagt, konnte Geburtensteuerung auf der Grundlage von Gesundheitsargumenten zur unausgesprochenen Prämisse der Reproduktiven Gesundheit und Selbstbestimmung werden, zu einer *Voraussetzung* gar für ein gesundes, selbstbestimmtes Leben.

---

42 Siehe dazu auch Deuser 2010, Schultz 2003a, Berer/Sundari 2000 und Hartmann 1995.

Hartmann (1995) kommt weiter zu dem Schluss, dass Generativität durch die Kairo-Reform zwar als ein individuelles Recht verankert wurde, dass jedoch der Ansatz der Risikokalkulationen und die damit verbundene Einteilung in Risikogruppen wiederum normative Vorstellungen über die *richtige* Art der Generativität nahelegen. Auch Randeria (1992), Wichterich (1994) und Schultz (2006) konstatieren, dass der als feministisch deklarierte Fokus auf die ›Dritte-Welt‹-Frau sich mit der Forderung verbinde, bestimmte reproduktive Verhaltensweisen zu *lernen*. Selbstbestimmung erscheine als etwas, das ›den Dritte-Welt-Frauen‹ erst durch internationale Programme beigebracht werden müsste (Schultz 2006, 285-290). Durch den Fokus auf Verhaltensweisen gerieten wichtige Fragen wie sozioökonomische Bedingungen von Generativität oder asymmetrischen Geschlechterverhältnissen in den Hintergrund, gesellschaftspolitische Dimensionen würden in die (gesundheitlichen) Verhaltensweisen und Entscheidungen von Individuen delegiert (ebd.).

Schultz (2006, 219-221) verweist in diesem Zusammenhang auch auf einen grundlegenden Wandel von Gesundheitskonzepten, den sie als Effekt eines allgemeinen sozialpolitischen Paradigmenwechsels beschreibt, der im Kairo-Programm exemplarisch zum Ausdruck komme: der Wechsel von einem ›kurativen‹ zu einem ›präventiven‹ Gesundheitsmodell. Präventive Gesundheitsmodelle richten den Fokus auf die Herbeiführung optimaler Verhaltensweisen *vor* dem Eintreten einer Krankheit. Dadurch werden zunehmend die Individuen in die Verantwortung genommen, während wohlfahrtsstaatliche Gesundheitsversorgung in den Hintergrund gerät und an Legitimität verliert. Schultz (ebd., 228) zufolge wird im Zuge dieser Verschiebungen unter anderem der Abbau von Versorgungssystemen legitimierbar, so geriete in Entwicklungsprojekten durch den individualisierenden Fokus beispielsweise der Bau von Krankenhäusern in den Hintergrund.[43]

43 Die Entwicklungen von individuellen Risikotechnologien zum Abbau sozialstaatlicher Sicherung ist allerdings Weir (1996, 381) zufolge keine lineare, wie manche Gouvernementalitätsstudien vereinfachend unterstellen. Vielmehr sei in der Medizin und Gesundheitspolitik von einer Heterogenität von Risikotech-

Indem Generativität in den Kairo-Programmen zum Public-Health-Thema wurde, richtete sich der Fokus auf Fragen des richtigen oder falschen gesundheitlichen Verhaltens, des individuellen Gesundheitsmanagements. Auf diese Weise ließ sich Geburtensteuerung in die Individuen hineinverlagern, das heißt in die *Frauen*. Zentral wurde mit Kairo demnach eine alte Frage im neuen Kleid: Wie sollen Frauen ihre Gesundheit und mithin Generativität frei, aber *optimal* managen?

Schultz‹ Analyse ist für meine Einschätzung der europäischen Programme, die Gegenstand der vorliegenden Arbeit sind, zentral. Denn mit der Ausarbeitung der Reproduktiven Gesundheit für den europäischen Raum durch eine Gesundheitsorganisation (die WHO) spitzen sich, wie ich im Close Reading ausführlich zeigen werde, die von Schultz beschriebenen Prozesse der Vergesundheitlichung und die mit dieser einhergehenden individualisierenden Regierungsweisen zu. Gesundheit wird von der WHO definiert »[...] as a state of complete physical, mental and social wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity, reproductive health addresses the reproductive processes, functions and systems at all stages of life« (WHO Europa 2001, 7). Es wird deutlich, dass auch die WHO Europa sehr viele Bereiche des menschlichen bzw. reproduktiven Lebens unter die Ägide der Gesundheit stellt und dadurch ein breites Spektrum an möglichen Risikofaktoren in den Blick kommt wie Alter, Migration, Geschlecht, mangelnde medizinische Versorgungsstrukturen, mangelndes Wissen, Gewalt, Geschlechtskrankheiten, HIV, Abtreibung. Die Risikofaktoren werden auch in den europäischen Programmen mit Problemen wie Müttersterblichkeit oder Geschlechtskrankheiten verknüpft und bestimmten Bevölkerungsgruppen zugeordnet. Dabei werden, wie ich später zeige, die Risikofaktoren oft als einzelne Ursachen für die Häufung von bestimmten Problemen kalkuliert und in stark vereinfachende Ursache-Wirkungs-Modelle überführt.

---

nologien auszugehen. So gibt es auch solche, die weder auf eine kollektive Umverteilung von Kosten noch auf eine individualisierte Absicherung zielen, sondern vor allem direkte therapeutische Folgen am individuellen Körper nach sich ziehen.

Schultz hat am Beispiel der Kairo-Agenda bereits gezeigt, dass Kalkulationen von Risiken eine Perspektive installieren, bei der es um die Berechnung von Wahrscheinlichkeiten in der Zukunft geht. Die Berechnung von Möglichkeiten installiert ein Handlungskonzept, das eher die Zukunft imaginiert, als die Gegenwart transformiert.[44] Daran schließt die Strategie der Prävention an, in der die Verhaltensweisen von Individuen vorsorglich optimiert werden sollen. So ermöglicht der weite Gesundheitsbegriff der Reproduktiven Gesundheit zwar die Thematisierung gesellschaftspolitischer und sozioökonomischer Dimensionen, gleichzeitig ist der Risikozuschnitt stark verhaltensorientiert, gesellschaftliche Bereiche werden in die Verantwortung der Individuen delegiert.

Anders gesagt, geht es beim Modell der Prävention darum, die Individuen dazu zu bringen, *vor* dem Eintreten von Krankheiten optimal auf ihre Gesundheit einzuwirken, während das kurative Modell sich auf den Zeitpunkt der bereits eingetretenen Krankheit richtet. Die Gefahr dieser Schwerpunktverschiebung ist nicht der präventive Gedanke, sondern dass zugunsten von Prävention weniger Geld für ›Heilung‹ ausgegeben wird, das heißt die Verschiebung zur Prävention zulasten von Versorgungsstrukturen geht (vgl. Peterson/Lupton 1996, 1-26). Einerseits bedeuten präventive Strategien zwar Entmedikalisierung, das heißt, das Individuum soll seine Gesundheit lenken, *bevor* es krank wird, bevor eine medizinische Intervention überhaupt notwendig wird. Andererseits wird dadurch die gesundheitliche Verantwortung in die Individuen hineinverlagert, sodass nicht nur Versorgungsstrukturen abgebaut werden (können), sondern der Gesundheitsdiskurs sich expansiv auf jegliche Phänomene des menschlichen Lebens übertragen lässt (ebd.). Mit der Folge, dass zum Beispiel Schwangere sich als eigenverantwortliche *Patientinnen* verstehen sollen und damit Generativität insgesamt stark individualisiert und mithin entpolitisiert wird und auf diese Weise in gesellschaftspolitischen oder theoretischen Debatten kaum eine Rolle spielt. Ich werde im letzten Abschnitt dieses Kapitels diese Aspekte geschlechtertheoretisch genauer fassen.

44 Zur Geschichte der Prävention siehe Lengwiler/Madarász 2014.

3.2.3 Thomas Robert Malthus: Biopolitik, Ökonomie und die Hierarchisierung des Lebens

Bröckling (2004) und Tellmann (2013; 2009) zufolge haben Foucault und viele an ihn anschließenden Arbeiten das enge Verhältnis von gouvernementaler und biopolitischer Regierungsrationalität nicht »zum Gegenstand systematischer Reflexion gemacht« (Bröckling 2004, 278, zit.n. Tellmann 2009, 15).

Tellmann (2017) arbeitete am Beispiel von Malthus' Schriften die folgenreiche Verknüpfung zwischen Bevölkerungsdiskursen und der politischen Ökonomie in England heraus. Die neu entstehenden Theorien des Lebens und jene Theorien der liberalen Ökonomie sind Tellmann (ebd., 85) zufolge inhärent verwoben, die Schaltstelle, an der sich die biopolitische Regulierung der Bevölkerung und ökonomische Regierungsrationalitäten treffen, ist die »Hierarchisierung des Lebens«. Die Figur der Bevölkerung ist in der Ideengeschichte des 18. Jahrhunderts nicht – wie Foucault nahelegt – nur als ein positives, zu steigerndes oder quantifizierbares Element betrachtet wurden. Vielmehr wurde die Bevölkerung auch als etwas Katastrophisches, Negatives und Bedrohliches konzipiert. Insbesondere Malthus zeichnet das Bild von unlimitierten, animalischen Bevölkerungsprozessen, die kontinuierlich die eigenen Ressourcen übersteigen.[45] Seine These lautet, dass das

45 Malthus begründet den Zusammenhang zwischen der Höhe der Geburtenrate und den materiellen Lebensbedingungen mit Beispielen aus der Biologie. Diese Argumentationsweise wurde, wie u.a. Vorzimmer (1969) herausarbeitet, auch von Charles Darwin (1809-1882) in seiner Evolutionstheorie aufgegriffen: Die Tendenz zur Überschreitung des Nahrungsspielraums in der Natur und beim Menschen habe, so Darwin, zur Folge, dass nicht alle Nachkommen einer Gattung überleben können, wobei sich die Aussonderung durch die Mortalität tendenziell wie eine Auswahl nach dem Kriterium der Überlebenstüchtigkeit auswirke. Da die Fortpflanzung, so Darwin weiter, das Überleben voraussetzt, bewirkt der Selektionsprozess über die Generationen hinweg eine Höherentwicklung der Arten bis hin zur Entstehung des Menschen. Darwins Evolutionstheorie und Malthus' Bevölkerungsgesetz schließen aneinander an. Sie beruhen auf den gleichen biologischen Grundannahmen und ergänzen sich.

Wachstum der Bevölkerung die Nahrungsmittelproduktion kontinuierlich übersteige und folglich immer Nahrungsknappheit im Verhältnis zur Vermehrung der Bevölkerung herrsche.[46] Regelmäßige Seuchen und Hungerkatastrophen, Elend und Armut würden allerdings – so Malthus' weitere Einschätzung – dem Problem beikommen und das Gleichgewicht wiederherstellen, um es mit Vogl (2004, 74) zu sagen:

> Wenn die »Leidenschaft zwischen den Geschlechtern« (Malthus 1798) ein dauerhaftes Grundprinzip aller menschlichen Gesellschaften darstellt, wenn sich daraus eine Art unkontrollierte und unbegrenzte »Vermehrungskraft« (Malthus ebd.) ergibt, und wenn sich also

46 Das malthusische Bevölkerungsgesetz wurde mehrfach widerlegt: Weltweite Hungersnöte wurden bislang kaum jemals durch eine absolute Nahrungsknappheit ausgelöst, sondern waren vielmehr bedingt durch einen »Mangel an Verwirklichungschancen« (Sen 2002, zit.n. Brodbeck 2005, 72). Während der Hungersnot in Bengalen 1943 z.B. starben etwa 1,5 Millionen Menschen »im Angesicht von wohlausgestatteten Lebensmittelläden, die durch den Staat kontrolliert wurden« (Sen 1984, 458, zit.n. Brodbeck 2005, 72). Sen kommt in seiner Analyse mehrerer Hungerkatastrophen zu dem Ergebnis, dass nicht ein Rückgang in der Nahrungsversorgung, sondern eine Veränderung in den »berechtigten Ansprüchen« (*entitlements*) (ebd.) armer Menschen die Ursache für den Hunger war. »Solch eine nachteilige Veränderung in den berechtigten Ansprüchen auf Nahrung können verschiedene konkrete Ursachen haben; faktisch handelt es sich aber immer um eine Entziehung von *Eigentums- oder Nutzungsrechten*, sei es durch den Markt (durch fehlende Beschäftigungsmöglichkeiten oder sinkende Realeinkommen) oder durch korrupte Regierungen, die kolonialpolitische Interessen ablösten und Arme politisch ausgrenzten. Besonders sind hier die Interessen von global agierenden Firmen – unterstützt von internationalen Organisationen wie der WTO, der Weltbank und dem IMF – zu betonen, lokale Produktionen durch Produkte aus Staaten des Nordens zu ersetzen« (Brodbeck 2005, 72f.). Armut und Hunger erweisen sich demnach, wie Brodbeck (ebd.) weiter ausführt, als Ergebnis marktwirtschaftlicher Fehlleitungen und einer global ungleichen Einkommensverteilung. Globale Armut ist Brodbeck zufolge bislang also kein Problem der absoluten Ressourcenknappheit bzw. eines absoluten Mangels an Nahrungsmitteln. Vieles konnte bisher mit technischem Fortschritt ausgeglichen werden. Gleichwohl folgt daraus nicht, dass es *keine* ökologischen Schranken oder mögliche Ressourcenknappheit gibt.

> Bevölkerungen in geometrischer, Nahrungsressourcen aber nur in arithmetischer Reihe vermehren, so wird dadurch stets eine Marge erzeugt, in der einzig Elend, Armut und Verfall eine Selbstkorrektur des Systems erzeugen und damit in einer gewissen Weise notwendig oder zwangsläufig geworden sind.

Die Generativität der Bevölkerung steht bei Malthus der wirtschaftlichen Rationalität und Produktion also grundsätzlich entgegen. Bevölkerung ist krisenhaft und nicht rational, sie ist »of all monsters the most fatal to freedom« (Tellmann 2017, 21). Auf dieser Grundlage behauptet Malthus, sozialpolitische Maßnahmen wie ›Armenhilfe‹ würden keine Fortschritte erzielen, sondern das Elend nur vergrößern. Jegliche Verbesserung der ökonomischen Lebensbedingungen fördere den Anstieg der Geburtenraten der ›niederen Klassen‹ (the lower classes) und evoziere eine Überschreitung des Nahrungsspielraums (Malthus' Bevölkerungsthesen waren mit ein Grund, dass in England 1834 die Armenhilfe abgeschafft bzw. eine extrem restriktive Armenpolitik durch das englische Parlament beschlossen wurde).

Auch in der Medizin werden Malthus' Überlegungen aufgegriffen. Ärzte beziehen sich in ihren Überlegungen zu Geschlechtsverkehr, ungewollter Schwangerschaften und Verhütungsmitteln auf Malthus (vgl. Ferdinand 1999, 225). Die Anwendung und Legalisierung von Verhütungsmitteln werden mit Malthus' Thesen unterstrichen; viele argumentieren, es sei moralisch legitim zu verhüten angesichts der Tatsache, dass die Armen nicht in der Lage seien, sich selber und ihre Säuglinge gesund zu halten und zu versorgen. Diese Argumentation wird zur Begründung der Geburtenbeschränkung eingesetzt, aber auch in feministischen Argumenten für die Legalisierung von Verhütungsmitteln wird mit der Verhinderung von Verelendung argumentiert. Später kommen sozialdarwinistische Argumente ins Spiel: Verhütung sollte die Reproduktion der ›Unfitten‹ verhindern (ich gehe später ausführlicher auf die Geschichte der Geburtenkontrolle ein).

Tellmann (ebd.) entwickelte die These, dass die ›Erfindung‹ der ökonomischen Rationalität und des Homo Oeconomicus unter anderem als eine Art Gegenreaktion auf den Topos der als katastrophisch konfigu-

rierten Bevölkerungsszenarien gedeutet werden können. Die Vorstellung, ›das Leben‹ laufe aus dem Ruder, habe womöglich die liberalen Konzepte der ökonomischen Rationalität als eine zivilisierende Gegeninstanz maßgeblich angestoßen. Dem potentiell un-ökonomischen Bevölkerungsverhalten wird, so Tellmann (ebd.) der rationalisierende Homo Oeconomicus entgegengehalten.

Weiter zeigt Tellmann (vgl. Tellmann 2013, 136-137), dass das Bild der Bevölkerung als eine Drohung auch der Effekt einer kolonialen Zäsur ist, die das ›wilde‹ oder ›primitive‹ Leben vom Homo Oeconomicus vom rationalen und an der Zukunft ausgerichteten Leben unterscheidet. Die Bevölkerung wird demnach, so Tellmanns Schlussfolgerung, nicht nur als eine biopolitische Kategorie eingeführt, mit der das Leben regierbar gemacht wird, sondern sie enthält auch einen Lebensbegriff, der von Hierarchisierungen durchzogen ist.

Malthus' negative Thesen über Bevölkerungsprozesse stehen Tellmann (ebd.) zufolge nur in einem scheinbaren Widerspruch zur Entstehung der optimistischen Theorien der liberalen Ökonomie, die davon ausgehen, die ›natürliche Begierde‹ der Bevölkerung kulminiere automatisch mit ökonomisch rationalem Handeln. Kurzum steht der Katastrophismus einer sich irrational generierenden Bevölkerung mit der Vorstellung, der Mensch an sich sei ökonomisch rational (*Homo Oeconomicus*), nur in scheinbarem Widerspruch. Die Vorstellung der Irrationalität bildete vielmehr die konstitutive Bedingung der optimistischen und liberalen Idee ökonomischer Rationalität (vgl. Tellmann 2017, 95). Vor dem Hintergrund der Drohung wird – so Tellmanns These – der ökonomische Mensch als zivilisierende Hoffnung, als Träger eines radikalen, sich selbst steuernden Willens aufgebaut. Anders gesagt: Das Konzept der ökonomischen und mithin gouvernementalen Rationalität entwickelt sich in enger Verbindung mit der Figur einer katastrophischen und unkontrollierten Bevölkerung. Das ›katastrophische Leben‹ ist Tellmann (ebd.) zufolge ein zentraler Topos im Diskurs der liberalen Ökonomie.[47] Die Perspektive der liberalen Rationalität und die Perspek-

47 Foucault selbst verweist in *Die Ordnung der Dinge* (1971) darauf hin, dass die Episteme der politischen Ökonomie – genauso wie die Biologie und die Sprache – in

tive katastrophischer Lebensprozesse sind konstitutiv verwoben und mithin Knotenpunkt biopolitischer Gouvernementalität.

Der *Homo oeconomicus* ist mithin eine Figur der Krisensteuerung, ein humanisierendes Regulativ des unkontrollierten Lebens (vgl. Tellmann 2017, 95). Dem Homo Oeconomicus ist, wie Tellmann (ebd.) folgert, das unzivilisierte, unkontrollierte, ja *unökonomische* Leben konstitutiv eingeschrieben, das heißt auch die biopolitische Ausdifferenzierung in wertes und unwertes Leben ist ein konstitutives Merkmal liberaler Ökonomie und Rationalität.

Die Erfindung der Bevölkerung basiert demnach nicht nur – wie Foucault nahelegt – auf einer Geschichte der Steigerung ihrer Kräfte und Quantifizierung. Diese Geschichte ist auch untrennbar mit Klassen- sowie kolonialer Hierarchisierung verknüpft (vgl. Tellmann 2013, 36) sowie dem ebenfalls katastrophischen Hygienenarrativ einer kontaminierten und ansteckenden Bevölkerung in den Kolonien.[48] Malthus erwähnt in seinen Bevölkerungsszenarien sowohl den proletarischen, unkontrollierten Mob in den europäischen Städten *als auch* die ›Wilden‹ und ›Primitiven‹ in den Kolonien: »A close reading of the Essay on Population reveals that the principle of population is nothing but the ›law‹ of savage life« (ebd., 144). Die Drohung des Todes durch Bevölkerungsmassen ist eine koloniale Figuration: »[…] the catastrophism of the notion of population is linked to a colonial hierarchy, which differentiates between dangerous ›savage‹ and economic ›civilized life‹« (ebd., 136-137). In diesem historischen Zusammenhang entsteht der Topos von »redundant bodies« (ebd. 2017, 21),

---

neuer Weise auf die Endlichkeit des Menschen, des Lebens bezogen wird. Allerdings verfolgt er diesen Zusammenhang nicht systematisch weiter (Tellmann 2017).

48 Zu den Quarantänepolitiken siehe Bashford 2004 und Brown/Bell 2008. Eine postkoloniale Fortsetzung infektiöser Gefahrenszenarien sind die heutigen Diskurse zur AIDS-Krise in der sogenannten »Dritten Welt«, siehe dazu King 2002.

von ›überflüssigen Körpern‹ als eine Voraussetzung und Konfiguration moderner gouvernementaler Regierung.[49]

Zusammenfassend lässt sich im Anschluss an Tellmann (2011; 2013; 2017) festhalten, dass an der Schnittstelle von gouvernementalen und biopolitischen Wissensregimes deutlich wird, dass es in den neuen Regierungsweisen nicht nur um eine Steigerung und Quantifizierung der Lebensprozesse geht, sondern auch um eine *Hierarchisierung* des Lebens, das heißt um eine Abstufung in wertes und nicht lebenswertes Leben (Szenario der ›zu Vielen‹ gegenüber den ökonomischen Ressourcen). Tellmann (2013, 136) zufolge hat Foucault die eugenische Abstufung in lebenswertes und lebensunwertes Leben in seiner Biopolitikforschung unzureichend beachtet. Auch ist die biopolitische hierarchische Abstufung des Lebens nicht nur ein *staatliches* Manöver – wie Foucault (1999) in seinen Thesen zum Staatsrassismus ausarbeitet –, sondern muss auch als ein historisches Fundament *ökonomischer* (gouvernementaler) Regierung und Rationalität betrachtet werden (Tellmann ebd.).[50] Tellmann (2013; 2017) präzisiert also das Verhältnis der Biopolitik zur gouvernementalen Regierung anhand von Malthus' Schriften und zeigt, dass biopolitische Regierung auch ökonomische Krisenregierung ist (Regierung von ökonomischer Knappheit) bzw. umgekehrt die gouvernementale Regierung richtet sich auf die Zügelung einer aus dem Ruder laufenden Bevölkerung, die potenziell die Ressourcen übersteigt. Die gouvernementale ökonomische Rationalität wird Tellmann zufolge im Verlauf des 18. Und 19. Jahrhunderts zur ordnenden Gestalterin im Chaos der Bevölkerungsprozesse. Die Drohkulisse des Lebens erhebt den Homo Oeconomicus zum bändigenden, ja humanisierenden Regulativ einer als unökonomisch und unzivilisiert imaginierten Bevölkerung. Die gouvernementale Regierung und die mit ihr verbundenen

49 Hierarchische Abstufungen des Lebens gibt es natürlich bereits viel früher im Zuge von Versklavungen. Allerdings wurde den Sklaven – im Unterschied zur malthusischen Rhetorik der ›Überflüssigen‹ – eine spezifische Nützlichkeit zugeschrieben.

50 Rose hat in diesem Zusammenhang den Begriff »bioökonomisch« geprägt (2007, 4).

Figurationen der rationalen (Selbst-)Steuerung und des Homo Oeconomicus entsteht im 18. Jahrhundert als ›zivilisierende‹ Gegeninstanz, als Bollwerk gegen eine scheinbar ungezügelte Generativität.Oder anders gesagt: Die Irrationalität des Lebens bildet die konstitutive Bedingung der optimistischen und liberalen Idee ökonomischer Rationalität (vgl. Tellmann 2017, 95) und Selbststeuerung. Vor dem Hintergrund der biopolitischen Drohung wird – so Tellmanns These – der ökonomisch rational handelnde Mensch als zivilisierende Hoffnung, als Träger eines radikalen, sich selbst steuernden Willens aufgebaut. Dabei ist die Figur des unkontrollierten Lebens untrennbar mit kolonialen Szenarien der Überbevölkerung verknüpft, mit der Einstufung in lebenswertes und lebensunwertes Leben. Biopolitische Gouvernementalität konstituiert sich entlang der Frage, welche Körper ›zu viele‹ sind und ist vom Topos einer kolonialen Hierarchisierung bestimmt.

In einer Zusammenführung von Tellmanns Foucault-Erweiterungen und Schultz‹ Forschungsergebnissen zur Gouvernementalität der Reproduktiven Gesundheit (2006) (Programmatik der Selbstoptimierung) möchte ich vorschlagen, die den Programmen inhärente Idealisierung eines rationalen generativen Subjekts (vgl. Schultz 2006) unter anderem als Ausdruck historisch gewachsener katastrophischer Bevölkerungskonzepte zu fassen. Das heißt, der in der Programmatik der Reproduktiven Gesundheit vorherrschende Topos der selbstoptimierenden generativen Selbstführung verweist auf bestimmte fortbestehende Annahmen über »das Leben«, über die Bevölkerung, die, wie ich zeigen werde, auch heute als unkontrolliert und bedrohlich imaginiert wird. In den Kairo-Programmen zeigen sich diese Annahmen konkret an den fortbestehenden Überbevölkerungsszenarien in Bezug auf den Globalen Süden. Ich werde in meinem Close Reading der Frage nachgehen, inwiefern auch die europäischen Programme der Reproduktiven Gesundheit und deren Subjektkonstitutionen von der biopolitischen Signatur einer generativen Unkontrolliertheit angetrieben sind. Weiter werde ich fragen, wie sich die für die europäische Region formulierten demografischen Szenarien von der Kairo-Agenda unterscheiden und in welchem Verhältnis die verschiedenen de-

mografischen Szenarien (Über- oder Unterbevölkerungsszenarien) zueinander stehen.

3.3 Biopolitische Gouvernementalität, Geschlecht und Arbeitsteilung

Im letzten Teil meiner theoretischen Überlegungen werde ich die Frage behandeln, wie die biopolitische Gouvernementalität auch geschlechtertheoretisch zu fassen ist. Foucault selbst ist auf die vergeschlechtlichten Elemente der Biopolitik kaum eingegangen, auch in Tellmanns Biopolitik-Genealogien spielen sie keine zentrale Rolle. Ich werde diese geschlechtlichen Elemente, ausgehend von Ferdinands (1999) Malthus-Analysen sowie Loreys (2015) Untersuchungen zur Vergeschlechtlichung der Gesundheitsbürokratie, rekonstruieren und mit den Überlegungen von Tellmann (2017) verbinden. Es wird sich zeigen, dass Biopolitik historisch durch eine binärgeschlechtliche Hierarchisierung der Geschlechter bestimmt ist, die Frauen auf eine reproduktive Rolle festlegt und Männer auf die produktive (Homo Oeconomicus). Darauf aufbauend, werde ich ein gegenwartsbezogenes geschlechtertheoretisches Instrumentarium skizzieren.

3.3.1 Malthus und Geschlecht

Die Geschichte der Bevölkerungspolitik ist auch eine Geschichte der Vergeschlechtlichung. Malthus – um bei diesem Beispiel zu bleiben – beschreibt in seinen Bevölkerungsregeln den Sexualtrieb und die Leidenschaft zwischen den Geschlechtern als zentralen Aspekt. Sexualität wird von ihm als irrational und zügellos beschrieben (vgl. Ferdinand 1999, 30), gleichzeitig weist er der Institution der bürgerlichen Ehe die Rolle eines natürlichen Korrektivs zu und betont dabei vor allem die Rolle der Frau und Mutter. Obwohl Malthus' Ideen auf der Grundannahme fußen, der ›Mob‹ könne die Generativität nicht zügeln, geht er auch von einer gewissen ›Lernfähigkeit‹ und der zivilisierenden Funktion der Ehe und darin der Frau aus. In diesem Sinne spricht Malthus

sich zwar gegen die Unterstützung von Armen aus, plädiert aber für deren sexuelle Erziehung zur Enthaltsamkeit und zur Ehe (*moral restraint*, vgl. Ferdinand 1999, 41).

Malthus' Eheoptimismus hält sich in Bezug auf die ›Massen‹ allerdings auch klar in Grenzen. Das Einlernen von sexueller Selbstbeschränkung zwecks Bevölkerungskontrolle hält er für deutlich weniger effizient als ›natürliche‹ Hungerkatastrophen. Dennoch ist die Ehe, so seine Einschätzung, eine zivilisatorische Instanz und der einzige Ort, wo die »Liebensleidenschaft« auslebbar ist und die »Verantwortung der Elterngeneration gegenüber ihrer eigenen sozialen und materiellen Situation und der ihrer Kinder« (Ferdinand 1999, 32) eingeklagt werden kann. Dabei ist die Ehe Malthus zufolge unauflösbar und der »Übernahme sittlicher Verantwortung und geschlechtsspezifischer Verhaltensnormen« verpflichtet (vgl. Malthus 1803, zweite Ausgabe von *The Principle of Population*, in der Malthus die sogenannten *moral restraints*, die Empfehlungen zur Enthaltsamkeit, ergänzt, vgl. Ferdinand 1999, 32f.).

Den Männern obliegt Malthus zufolge in der Ehe die Versorgungspflicht gegenüber Frauen und Kindern, die Frauen haben eine *moralische* Verantwortung einzulösen. Für sie gilt die unumstößliche sittliche Norm nichtehelicher sexueller Enthaltsamkeit, dem das gesellschaftliche moralische Regulativ, die Verurteilung nichtehelicher Mutterschaft als sittliche Schande, zur Seite steht (vgl. Ferdinand 1999, 33). Die Sanktion der außerehelichen Mutterschaft definiert Malthus, wie Ferdinand (ebd., 147) weiter ausführt, als Bevölkerung regulierendes Naturgesetz. In diesem Naturgesetzt sind Frauen die Trägerinnen von Sitte und Anstand und insgesamt für die familiären Belange zuständig. Malthus legt in diesem Zusammenhang auch nahe, dass die oberen Schichten gegenüber den Arbeitern sittlicher sind, dem entsprechend ist die bürgerliche Ehe auch der Ort, an dem sich die bürgerliche Klasse reproduziert und insbesondere den Frauen der oberen Schichten eine zivilisierende Rolle zugewiesen wird.[51] In Malthus' Theorie steht die bürgerliche Frau für eine sittliche und zivilisierte Kinderproduktion, die von Natur

51 So waren es denn auch vor allem Frauen aus den oberen Schichten, die sich – dieser Rolle entsprechend – im Verlauf des 18. Und 19. Jahrhunderts aktiv in

aus nach der Ehe strebt, weil sie selber nicht in der Lage sei, die Mittel zur Ernährung der Kinder zu beschaffen.[52] Ein weiteres Naturgesetz ist Malthus zufolge die gesellschaftliche Sanktionierung und Ächtung weiblicher Sexualität und Mutterschaft außerhalb der Ehe. Die gesellschaftliche Maßregelung und Kontrolle weiblicher Sexualität ist deshalb bei Malthus (und anderen) nicht nur legitim, sondern eine natürliche *Bedingung* für die Aufrechterhaltung des Gleichgewichts der Bevölkerungsprozesse.

Mit der Figur der bedrohlichen Bevölkerung geht also auch die Konstituierung einer bestimmten Geschlechterordnung einher. In Deutschland zeigte sich dies auch in den jüngeren Arbeiten der Nationalökonomie, zum Beispiel bei Gustav Schmoller (1833-1917), der sich in Rückbezug auf Malthus der Sittlichkeitsfrage widmete und Geburtenzahlen wie Geschlechterfrage als einen zentralen Einsatzpunkt bei der Herstellung einer florierenden Bevölkerung definierte. Schmoller zufolge haben soziale und wirtschaftliche Fragen eine bevölkerungspolitische Dimension, die unter anderem über die Sittlichkeit der Frau durch deren »richtige Benutzung der sittlichen Lebensordnung« kontrolliert werden muss (Schmoller 1923, 230, zit.n. Ferdinand 199, 201). Weiter hält Schmoller fest, dass durch die Regel, »dass die Frau ins Haus und nicht in die Produktion für den Weltmarkt gehöre (…)« (Schmoller 1923, 259, zit.n. Ferdinand 199, 201), die Bevölkerungsprozesse kontrollierbar wären und das Bevölkerungswachstum nicht sprunghaft ansteigen würde.

Tellmann (2017) ergänzend, lässt sich festhalten, dass die biopolitische Konfiguration der liberalen Rationalität (Gouvernementalität) auch eine bestimmte Geschlechterordnung hervorbringt. Anders ausgedrückt: Ein zentrales Scharnier der Verbindung von Biopolitik und Gouvernementalität ist mithin neben der kolonialen Hierarchisierung

der Armenhilfe und an der ›Zivilisierung‹ ihrer proletarischen ›Schwestern‹ beteiligten (siehe Ferdinand 1999).

52 Darwin greift diesen Gedanken auf und weist der Frau in der Kinderproduktion evolutionsbiologisch eine passive Rolle zu, während der Mann durch sein expansives und überlegenes Verhalten und Erobern für die Weitergabe von Stärke und Geist verantwortlich sei. Die darwinistische Evolutionstheorie unterstellt eine natürliche Hierarchie der Geschlechter (vgl. Ferdinand 1999, 148).

eine binäre, heterosexuelle Geschlechterhierarchie. Das zeigt sich, wie oben deutlich wurde, an der biopolitischen Kontrolle weiblicher Sexualität und Generativität. Und es zeigt sich an der Konfiguration der produktiven (Ernährer-)Sphäre (Markt) als eine männliche Domäne. Die bürgerliche Frau wird zu einer Art weiblichem Part des männlich konnotierten Homo Oeconomicus, die zuständig ist für eine sittlich-kontrollierte Sexualität und Generativität und auf diese Weise gegen die drohende Bevölkerung zivilisierend in Stellung gebracht wird. Dabei wird die Frau bzw. Femininität einerseits abgewertet im Verhältnis zum rationalen männlichen Subjekt und der Sphäre der Ökonomie. Gleichzeitig wird die bürgerliche Frau als eine überlegene und zivilisierende Instanz gegen die ›niederen Klassen‹ und die Bevölkerungen in den Kolonien positioniert. Aus der weiblichen Gebärfähigkeit wird – unter anderem – eine zivilisierende Rolle der bürgerlichen (weißen) Mutter gegenüber den ›unzivilisierten Wilden‹ und den Armen abgeleitet – bürgerliche (weiße) Frauen werden zu »Gebärerinnen der Gemeinschaft« und der Nation (vgl. Yuval-Davis 1997, 77).

3.3.2 Schnittstelle Gesundheit – Bevölkerung – Geschlecht

Foucault (2000) zufolge ist die Herstellung einer gesunden Bevölkerung vor allem auch mit der Herstellung einer ›gesunden‹, das heißt an bestimmten Normen orientierten bürgerliche Sexualität verknüpft, nämlich einer heterosexuellen und ehelichen ›Normalität‹ und Familie, die den Fortbestand der Gattung sichern soll. Foucault führt aus, wie Gesundheitsexpertisen die Familie als *den* hygienischen sowie moralisch-sittlichen Ort der Sexualität und der Generativität installieren. Allerdings verhandelt Foucault Geschlecht sowie die Entstehung der geschlechtlichen Arbeitsteilung nur marginal.[53] Zwar macht er einige wichtige Punkte zu Geschlecht und zur binären Differenzierung der Geschlechter unter dem Aspekt der Normalisierungsmacht, zum

53 Ebenfalls zu kurz kommen bei Foucault die kolonialen Verstrickungen des bürgerlichen Sexualitätsdispositivs (vgl. Stoler 1995)

Beispiel beschreibt er die Hervorbringungen geschlechtlich vereindeutigter Körper insbesondere durch die juridischen und medizinischen Macht-/Wissensregime (vgl. Engel/Schuster 2007, 137f.). Die Konstruktion einer hierarchisierten binären Geschlechterdifferenz und deren Effekte in Hinblick auf Generativitätsverhältnisse und geschlechtliche Arbeitsteilung hat Foucault jedoch nicht im Blick. Auch sind seine Begriffe von Subjekt und Selbst implizit maskulin kodiert (vgl. ebd.), anders gesagt: Was Gesundheitsregime konkret für Frauen bedeuten, lässt Foucault weitgehend aus.[54]

Die Frage, auf welche Weise die Medikalisierungs- und Public-Health-Regime auf den weiblichen Körper und die Regierbarmachung der Generativität zielen, wurde erst später untersucht: Unter anderen Hahn (2000) und Honegger (1991) zeigen, wie die Gynäkologie im 19. Jahrhundert den gesamten weiblichen Lebenszusammenhang in ein medizinisches Vokabular überträgt und die medizinische Polizey auch konkret – vor allem in das Leben von Arbeiterfrauen – interveniert. In fast allen europäischen Ländern gibt es im 19. Jahrhundert verschiedene Formen der medizinischen Polizey. Trotz unterschiedlicher

---

54 Wie Braidotti (1991, 87, zit.n. Engel/Schuster 2007, 137) schreibt: »Foucault never locates woman's body as the site of one of the most operational internal divisions in our society, and consequently also of the most persistent forms of exclusion. Sexual difference simply does not play a role in the Foucauldian universe, where the technology of subjectivity refers to a desexualized and general ›human subject‹«. Zu beachten ist allerdings, dass der französische Begriff *sexe* (ähnlich wie der englische Begriff *sex)* doppeldeutig ist und sowohl den Geschlechtskörper bezeichnet als auch als Kurzform für *sexualité* fungiert. Da diese Doppeldeutigkeit mit dem deutschen Begriff Sex nicht erfasst wird, entgeht den Übersetzungen, wie Engel und Schuster (137) ausführen, dass das foucaultsche Sexualitätsdispositiv, indem es sich auf Körper, Sexualorgane, Lüste, eheliche Beziehungen und die Verhältnisse zwischen den Individuen richtet, auch die Geschlechtsidentitäten und Geschlechterverhältnisse zumindest konturiert. Dies stellt die frühe feministische Kritik, wonach in Foucaults Arbeiten ein Denken der Geschlechterdifferenz gänzlich fehle, in ein anderes Licht. Insgesamt ist es jedoch nicht falsch zu sagen, dass Foucault die Exklusion und Entwertung der Frau und des weiblichen Körpers nicht als einen zentralen Gegenstand verhandelt hat (138).

Ausprägungen weisen diese Ähnlichkeiten auf, zum Beispiel in ihrem Ziel, die gesundheitlichen und mithin generativen Verhaltensweisen von Arbeiterfrauen zu beeinflussen.

Exemplarisch ist hier, wie Lorey (2015, 57f.) ausführt, der österreichische Mediziner Johann Peter Franck (1745-1821), dessen Werk für die Medizinische Polizey handlungsanweisend wurde: Franck war Chef des Wiener Krankenhauses und entwickelte Anweisungen (System einer vollständigen medicinischen Polizey 1779-1819), anhand derer die intimen individuellen Verhaltensweisen von Frauen gezielt reguliert werden sollten, zum Beispiel im Bereich Heirat, Schwangerschaft und persönliche Hygiene. Francks Ideen sind, wie Lorey (ebd.) schreibt, Ausdruck davon, dass die alte Feudalherrschaft durch zivile Gesundheitsbürokratien ersetzt wurde.

Foucault ergänzend, zeigt Lorey (ebd.) am Beispiel von Franck die Vergeschlechtlichung der Gesundheitsbürokratie. Auch Foucault geht auf Franck ein, allerdings klammert er in seinen Analysen zur Familie die Geschlechterfrage weitgehend aus. »Die Steuerung von Normalitäten arbeitete – und dafür steht die Medizinierung der Familie – mit normativen Vorgaben des Geschlechts und der Sexualität« (Lorey 2015, 57). Foucault werde in dieser Hinsicht nicht explizit, sondern spreche oft nur pauschal von Familie. Lorey (ebd.) stellt heraus, dass bei Franck ganz konkret die Hausfrau und die Mutter zu einem gesundheitspolitischen Regierungsinstrument werden. Franck widmet den ersten Band seiner sechsbändigen Schrift *System einer vollständigen medizinischen Polizey* (1779-1819) den Themen Generativität, Ehe, Schwangerschaft und Wöchnerinnen. Vor allem das Stillen der Kinder durch die Mütter (und nicht mehr durch Ammen) wird von Franck als ureigene Pflicht begriffen, als natürliche Aufgabe der Frau als Mutter. Franck zufolge sind Erziehung und Pflege der Kinder, Ernährung und Wohnen Sache der Frau, und sie sind Sache des ›Privaten‹ (vgl. Lorey ebd., 58).

Die Literatur der medizinischen Polizey ist insgesamt geprägt von der Idee der natürlichen Pflichten der Mutter und leitet daraus Handlungsanweisungen ab, die sich zunächst vor allem an bürgerliche Frauen richten und diese als gesundheitspolitisch funktionale (heterosexualisierende) Instanz konstituieren. Allerdings intervenieren die me-

dizinischen und hygienischen Policies insbesondere bei proletarischen Frauen. Ihnen sollen Säuglingspflege und Mutterideale gemäß der bürgerlichen Familienmoral beigebracht werden (und dabei auch eine bürgerliche Sexualmoral). Weiter wird reproduktive Weiblichkeit in den Hygienediskursen des 19. Jahrhunderts auch in Abgrenzung zur *bon sauvage*, den *edlen Wilden,* konstituiert (Sarasin 2001, 173-259). In Abgrenzung zu einer angeblichen Inferiorität und Devianz des schwarzen Körpers thematisieren Hygieniker und Mediziner eine ›bessere Gesundheit der Europäer‹. Auf diese Weise wird die Reproduktion der Gattung mit der (gesunden) europäischen Frau gleichgesetzt und dabei ein unter anderem gesundheitlich begründeter Gegensatz zwischen einer bürgerlich-weißen bzw. europäischen Weiblichkeit, Generativität und Sexualität und einer inferioren schwarzen Weiblichkeit in den Kolonien konstruiert (vgl. u.a. Stoler 1995, Yuval-Davis 1997, Sarasin 2001 oder Schuhmann 2004).

Während proletarische und kolonisierte Frauen zunehmend zu Objekten von Interventionen werden, werden bürgerliche Frauen auch als Helferinnen der medizinischen Polizey adressiert. Tatsächlich engagieren sich diese zunehmend sozial, und eine komplizierte Geschichte nimmt ihren Lauf: Während die Interventionen einen disziplinierenden Zugriff auf proletarische Frauen im Interesse des Staates ermöglichen, bedeuten sie für bürgerliche Frauen, eine Position im öffentlichen Leben reklamieren zu können und an gesellschaftlich relevanten Gestaltungsprozessen beteiligt zu sein. Die Charity-Protagonistinnen erhalten im Zuge ihres Engagements für arme Frauen gesellschaftliche Anerkennung und Sichtbarkeit und erfahren eine Aufwertung. Der für die einen Frauen zum Teil repressive Staat ermöglicht anderen, ihre Tätigkeitsfelder und Freiheiten auszudehnen, sich zu professionalisieren. Gesundheit wird dabei verstärkt zur ›weiblichen‹ Domäne, kurzum: Frauen werden sowohl zu Protagonistinnen als auch zu Objekten nationaler gesundheitlicher Wohlfahrt (vgl. Porter 1999, 183).

Es werden zahlreiche Frauenorganisationen gegründet, deren Ziel es ist, Arbeiterfrauen Ratschläge zu geben, sie aufzuklären und dadurch Durchfallgefahr zu mindern sowie die Kindersterblichkeit zu senken (Porter 1999, 178). Allerdings können diese Ratschläge unter den Bedin-

gungen der Armut kaum befolgt werden, selbst dann nicht, wenn die Arbeiterfrauen es wollten. Ungeachtet dessen legen die vorherrschenden Debatten in England jedoch nahe, die Hauptursache für Kindersterblichkeit sei ›mütterliche Unfähigkeit‹. Es verbreitet sich die Vorstellung, Kindersterblichkeit sei eine Frage individueller Verhaltensweisen und weniger eine Frage der sozialen Verhältnisse. ›Mütterliche Ineffizienz‹ wird teilweise sogar in der Biologie verortet, behauptet wird, manche Frauen seien biologisch unfähig, Kinder großzuziehen. Es fehle ihnen die dafür erforderliche Intelligenz.[55]

Die Vergeschlechtlichung dieser Gesundheitspolitik machte es insgesamt möglich, Frauen und den privaten Haushalt im Sinne einer kostenverträglichen Politik zu instrumentalisieren: Statt eine ausreichende Versorgung in öffentlichen Krankenhäusern zu gewährleisten, wird die Wichtigkeit der weiblichen Pflegearbeit *innerhalb* der Familie unterstrichen.[56] Frauen sollten eine Art ›Gratis-Krankenhaus‹ bereitstellen (vgl. Lorey 2015, 58). Die normativen Verhaltensvorschriften in Bezug auf

---

55 Ross (1993) hat untersucht, wie sich im Amerika und Großbritannien des 19. Jahrhunderts Arbeiterfrauen gegen die Wohlfahrtsinterventionen in ihr Familien- und Sexualleben wehrten: »In England working class women adopted small families not to conform with middle class norms of respectability but in protest against projects toimprove the quality of their children for the state at their expense« (50). Es ist wichtig zu berücksichtigen, dass Frauen einen an sie herangetragenen ›Gattungsauftrag‹ nicht einfach erfüllen.

56 Die Bedeutung von Generativität und Mutterschaft wurde auch für Frauenrechtlerinnen zum zentralen Anliegen (vgl. Porter 1999, 186-191): Zu Beginn des 20. Jahrhunderts kämpften viele für die soziale und rechtliche Absicherung von Müttern – stützten sich dabei jedoch oft auf konservative Mutterideale. Italienische Feministinnen benutzten Mutterschaft gar als Argument, um politische Rechte und Gleichheit zu erstreiten und als Bürgerinnen akzeptiert zu werden, die die Zukunft von Generationen garantieren. Die Nation wurde als ›abhängig‹ von Müttern beschrieben. Auf diese Weise versuchten Frauen, ihre politische Bedeutung zu stärken – mit dem ambivalenten Effekt, wiederum auf die Rolle der Mutterschaft reduziert zu werden bzw. sich selbst darauf zu reduzieren. Es gab auch bereits Forderungen nach Bezahlung der Hausarbeit und Mutterschaftsurlaub. Diese Bestrebungen wurden allerdings durch den aufkeimenden Nationalismus im europäischen Raum zerschlagen und es setzte sich die Vorstellung durch, Mutterschaft sei ein ›Gratis-Dienst‹ am Vaterland.

das Stillen, Kindererziehung, Ernährung und Wohnen sind nicht nur eine gesundheitspolitische Intervention zum ›Wohl der Bevölkerung‹, Frauen werden damit auch für die reproduktive Sphäre verantwortlich gemacht und mithin für die demografische und ökonomische Stärke des Staates.[57]

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wird, zunächst vor allem zivilgesellschaftlich, Verhütung diskutiert. Am Beispiel der US-amerikanischen Geburtenkontrollbewegung rund um Margaret Sanger (1879-1966) zeigt sich eine enge Verknüpfung von Gesundheitsargumenten und Geburtenpolitik, wie sie später auch in der UN-Agenda von Kairo fortgesetzt wurde. Die Geburtenkotrollbewegung hat zu Beginn des 20. Jahrhunderts maßgeblich dazu beigetragen, dass das Thema Verhütung Gegenstand von staatlichen und nicht selten rassistischen Public-Health-Politiken wurde. So argumentieren Sanger und ihre Mitstreiterinnen der US-amerikanischen Geburtenkontrollbewegung, dass sich die Gesundheit von Frauen verbessern würde, wenn sie weniger Kinder hätten (vgl. Schoen 2005). Auch Mesner (2010, 86) beschreibt die diskursiven Strategien, mit denen die Geburtenkontrollbewegung Familienplanung legitimierte und in Gesundheitsinstitutionen etablierte – unter anderem mit dem Argument, die Planung von Kindern in einem bestimmten zeitlichen Abstand würde die Gesundheit sowohl von Müttern als auch ihrer Kinder sicherstellen.

Schoen (2005) zeigt auf, wie vor dem Hintergrund dieser Prämissen nationale Public-Health-Politiken beginnen, das Thema der Verhütung und Verhütungsmittel nicht nur auszugreifen, sondern es

57 Auch demografische Wissensformationen konstruieren einen inhärenten und ›natürlichen‹ Zusammenhang zwischen dem Status von Frauen, deren Gesundheit und Fruchtbarkeit. Watkins (1993) hat Vergeschlechtlichung und Medikalisierung auf der Ebene der Demografie analysiert und dabei historische und aktuelle Demografiediskurse untersucht. Obwohl durch die Frauenbewegung auch in demografischen Erhebungen zunehmend sozioökonomische Faktoren von Geburtenraten thematisiert wurden und aus liberalfeministischer Perspektive die Zwänge des Pro- oder Antinatalismus kritisiert wurden, ist der Status von Frauen und Fruchtbarkeit als eine entscheidende Kopplung bisher nicht grundlegend hinterfragt worden.

auch zu instrumentalisieren, um das generative Leben armer/proletarischer/schwarzer Frauen regierbar zu machen und eine scheinbar einfache Bewältigung von Armut zu propagieren (vgl. Schoen 2005, 29). Mutter- wie auch Gesundheitsideale werden verstärkt mit rassenhygienischen und eugenischen Prämissen verknüpft. Es geht nun explizit um die *Qualität der Bevölkerung*.[58] Auch Sanger stützt ihre Argumente für die Legalisierung von Verhütung auf eugenische und rassenhygienische Prämissen, indem sie hervorhebt, Verhütung habe den positiven Effekt, dass sich die ›unfitten‹ Klassen, das heißt vor allem die Schwarzen und die ›niederen‹ gesellschaftlichen Schichten, nicht mehr ›unkontrolliert‹ fortpflanzen würden.[59] Sanger spielt – in ihrer Rolle als ›public health nurse‹ – eine zentrale Rolle bei der Verschaltung von Gesundheitspolitiken und Generativität.

Während in den einzelnen westlichen Ländern Gesundheitspolitik und Geburtenkontrolle seit dem 19. Jahrhundert aufs Engste verzahnt werden, spielen – wie Bashford (2006) herausarbeitete –

58 Die rassenhygienischen Prämissen werden später in nationalsozialistischen Eugenikprogrammen radikalisiert und auf grausame Weise durchgesetzt: Deutschland, aber auch andere europäische Länder lancieren eugenische Bevölkerungspolitiken, mit denen die ›arischen‹ Geburtenzahlen gesteigert werden sollen. Nationalsozialistische Kinder- und Mütterprogramme sollen nicht nur die Bevölkerungszahl, sondern auch die ›Bevölkerungsqualität‹ steigern. Die Bevölkerungspolitik im Nationalsozialismus bildet sowohl eine Kontinuität der im Verlauf des 19. Jahrhunderts entwickelten rassenhygienischen Prämissen sowie der Euthanasie als auch eine Zäsur, was deren radikale, systematische und repressive Umsetzung betrifft. Zur Verschränkung von Rassenhygiene, Geschlecht und Gesundheit im Nationalsozialismus siehe Bock 1983 und 1991 sowie Weindling 1993.

59 Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Legalisierung von Verhütungsmitteln zunächst mit grundlegenden gesellschaftlichen Widerständen konfrontiert ist. Richtet sich diese doch gegen den angeblichen »göttlichen Plan« und gegen die vermeintliche Vorbestimmtheit weiblicher Lebensweisen und Sexualität. Es war ein langer Weg, bis staatliche Institutionen wie Public Health und Gesundheitseinrichtungen sich überhaupt des Themas annahmen (Mesner 2010, 53).

Geburtenkontrolle und Generativität in den *globalen* Gesundheitspolitiken (*Global Health*) zunächst keine zentrale Rolle. Themen wie Generativität, Sexualität, Familienplanung und Geburtenkontrolle, Kindersterblichkeitsraten, Heiratsstatistiken, Todes- und Geburtenraten und Bevölkerungswachstum sind auf der Ebene internationaler Politiken nicht als Gesundheits-, sondern zunächst als *ökonomische* Themen konnotiert und den entsprechend ökonomischen Organisationen und Diskursen zugeordnet. Internationale Gesundheitsorganisationen wie zum Beispiel das *Office d'Hygiène Publique* (OIHP), das *International Sanitary Bureau*, die *League of Nations Health Organization* (LNHO, Vorgänger der WHO) oder das *Pan American Sanitary Bureau* (PASB) konzentrieren sich auf die internationale Bekämpfung von Seuchen und Epidemien.[60] Die *Rockefeller Foundation* und die *League of Red Cross Societies* entwickeln ihre Gesundheitsprogramme mit internationaler Ausrichtung zunächst ebenfalls ohne das Thema der Generativität (z.B. Borowy 2009 und 2010). Erst im Verlauf des 20. Jahrhunderts widmen sich globale Gesundheitsakteure der Geburtensteuerung und Familienplanung (vgl. Bashfort 2006, 78f.) und es kommt zu einer systematischen *transnationalen* Verschaltung von Gesundheitspolitiken mit

60 Im Jahr 1866 z.B. wird auf der internationalen *Sanitary Conference* in Paris vor allem das Problem der Cholera verhandelt. Es wird, wie Bashford (2006) ausarbeitet, eine Reihe neuer Organisationen gegründet, die sich ausschließlich mit epidemischen Krankheiten und deren Verbreitung beschäftigen (z.B. 1920 die Gründung der *Epidemic Commission* durch die *New League of Nations* zur Bekämpfung des Typhusproblems in Osteuropa oder die Gründung der Privatorganisation *Rockefeller Foundation*). In diesen Organisationen fallen Fragen der Migration und der Ansteckung zunehmend in eins (eine Fortsetzung infektiöser Gefahrenszenarien bilden später die AIDS-Diskurse in Bezug auf die sogenannte ›Dritte Welt‹, siehe dazu King [2002]). Weiter wurde zunehmend in Gesundheitsmodelle investiert, die auf Verhaltensweisen zielten: Bereits die LNHO stützte sich auf ein Verhaltens-basiertes präventives Gesundheitskonzept, wie die Organisation formuliert: »Hygiene is primarly a matter of education« (zit.n. Bashford 2006, 77). Bashford zeigt an der Entstehung des Begriffs *World Health* (der später auch den Namen der WHO prägt), wie sich die Wahrnehmung der Welt als ein *globaler* Ort maßgeblich durch internationale Gesundheitspolitiken wie Quarantänegesetze sowie Ansteckungsszenarien etablierte.

Generativität, Fragen der Geburtenkontrolle und mit Vergeschlechtlichung. Diese Entwicklung kann zum einen als eine Reaktion auf die (koloniale) Drohfigur der Bevölkerung interpretiert werden. Zum anderen muss, wie ich vorschlagen möchte, diese Perspektive dahin gehend erweitert werden, dass die (neue) globale Regierung der Generativität sich auch konkret auf eine als unkontrolliert, unsittlich und zügellos konfigurierte *weibliche* Sexualität und Generativität bezieht. Anders gesagt: Auch die heutigen Gesundheitsprogramme sind von einer krisenhaften Bevölkerungsfigur angetrieben, die, wie ich ausarbeiten werde, vergeschlechtlicht ist. Die gouvernementale Regierung der generativen Subjekte ist, wie ich in Erweiterung von Tellmanns Thesen (ebd.) argumentieren möchte, auch ein Regulierungsinstrument einer als *weiblich* konnotierten zügellosen Sexualität und Generativität zu verstehen. Die Anrufung und Einforderung einer rationalen bzw. sittlichen generativen und sexuellen Selbstregulierung finden sich sowohl bei Malthus als auch in den (ökonomischen) Theorien, die an Malthus anknüpfen (Lorey 2015). Und sie finden sich, wenn auch indirekter, in den aktuellen Programmen der Reproduktiven Gesundheit. In meinem Close Reading werde ich die Vergeschlechtlichung biopolitischer Gouvernementalität in den Programmen der WHO ausloten.

3.3.3 Biopolitik und feministischer Materialismus

Um diese vergeschlechtlichte Dimension biopolitischer Gouvernementalität präziser einfangen zu können, ist es sinnvoll, die foucaultsche Machtanalytik mit einer feministischen materialistischen Perspektive zu verbinden. Auf diese Weise lässt sich Biopolitik auch als ein Regime der Arbeitsteilung fassen. Ich werde – als letztes theoretisches Scharnier – eine solche Perspektive im Folgenden zu entwickeln versuchen. Materialistisch-feministische Untersuchungen haben mit ihrem Schwerpunkt auf Fragen der Akkumulation und geschlechtliche Arbeitsteilung die Verschaltung von Biopolitik und ökonomischer Rationalität herausgestellt. Foucaults Auslassungen zu Geschlecht[61] ergän-

61 Zu diesen Auslassungen siehe z.B. Engel/Schuster 2007.

zend, beschreibt zum Beispiel Federici (2017, 109) die historische Disziplinierung der weiblichen Sexualität und Fertilität auch als einen Effekt von deren kapitalistischen Akkumulation und Aneignung. Federici (ebd.) verweist auf die Gleichzeitigkeit der Entstehung kapitalistischer Verhältnisse und der Kontrolle der Fertilität, die sich zum Beispiel an der rigorosen Kriminalisierung der Verhütung, der Hexenverfolgung und der zunehmenden Domestizierung der Frau am Ende des 17. Jahrhunderts zeigt. Federici zufolge schreibt sich die Hexenverfolgung insofern in den weiblichen Körper ein, als sie den langen Weg zum »sauberen Sex zwischen sauberen Betttüchern« (Federici 2017, 233) bereitet und die weibliche Sexualität zu einer »Arbeit und zu einem Dienst an den Männern sowie an der Zeugung gemacht hat« (ebd. 234).

Foucault verortet die gouvernementale Rationalität in kapitalistischen Verhältnissen und umgekehrt: Er sieht – gleichsam neomarxistisch – den Staat und das Regieren als Teil der neuen, liberalen Ökonomie und nicht von ihr getrennt (Jessop 2005, 27). (Bio-)Politische und ökonomische Regierung sind im Konzept der Gouvernementalität nicht getrennt. Allerdings bleibt Foucaults ökonomische Regierung, wie Tellmann (2013; 2017) zeigt – in ihrem Verhältnis zur Biopolitik unkonturiert. Ich habe weiter oben diskutiert, wie Tellmann dieses Verhältnis präzisiert und anhand von Malthus' Schriften die genealogische Verbindung von Gouvernementalität und Bevölkerungsregierung herausstellt: Die gouvernementale Regierung ist ökonomische Krisenregierung, es geht um die Regierung von Knappheit und einer aus dem Ruder laufenden Bevölkerung, die die Ressourcen potenziell übersteigt (Malthus). Dabei habe ich im Anschluss an Ferdinand (1999) und Lorey (2015) auch die *vergeschlechtlichte Dimension* biopolitischer Gouvernementalität herausgestellt.

Diese möchte ich im Folgenden noch präziser einzufangen versuchen, indem ich die Analytik der biopolitischen Gouvernementalität mit einer feministisch-materialistischen Perspektive verbinde und die biopolitische Gouvernementalität als ein Regime der Arbeitsteilung fasse, das mit dem kapitalistischen Produktionsverhältnis verknüpft ist (Demirovic 2008, 51). Eine solche Verbindung ist auch deshalb produktiv, weil *beide* Perspektiven, die foucaultsche wie auch die feministisch-

materialistische, das Ökonomische und das Politische bzw. das Materielle und das Kulturelle nicht als unterschiedene Dimensionen konzipieren und beide weder das eine noch das andere auf einen Effekt des anderen reduzieren (Foucault definiert Diskurs, Wissen, Ideologie usw. als *materiell* und keinesfalls nur als Sprachebene, anders ausgedrückt: Bei Foucault *ist* Kultur Materialität).

Im Unterschied zu klassisch-marxistischen Perspektiven beschreiben feministisch-materialistische Ansätze die gesellschaftliche wie ökonomische Abwertung der *Reproduktion*/Generativität gegenüber der *Produktion* und das damit verbundene Geschlechterverhältnis nicht als Folge ökonomischer Mechanismen (Produktionsverhältnisse). Sie distanzieren sich von einer orthodoxen Marx-Interpretation und stellen die Trennung Kultur/Politik *versus* Materialität infrage. Wie Meißner (2011; 2014) im Anschluss an Beer (1991) aufzeigt, geht es dabei um die Verknüpftheit von Wirtschafts- und Bevölkerungsweisen. Geschlechterverhältnisse sind weder auf politisch-kulturelle noch auf ökonomisch-materielle Verhältnisse zu reduzieren – mit Beer wird deutlich, dass es in der kapitalistischen Moderne nicht den *einen*, verborgenen Strukturzusammenhang (zum Beispiel die Produktionsweise) gibt, mit dem sich die Dynamiken und Verhältnisse der Gesellschaft erklären lassen (vgl. Meißner 2014, 246).

Gemäß diesem Verständnis lassen sich binäre Geschlechterhierarchien und geschlechtliche Arbeitsteilung in Produktionsverhältnissen ansiedeln, aber nicht auf sie zurückführen, wie es Foucault formuliert, setzen die für kapitalistische Gesellschaften typischen Produktionsverhältnisse neben einer Reihe ökonomischer Determinanten auch die beschriebenen Machtverhältnisse und Funktionsweisen des Wissens voraus. Macht und Wissen sind also tief in den Produktionsverhältnissen verwurzelt und liegen nicht einfach darüber (vgl. Foucault 2003, 123f.).

Wie Foucault haben auch die marxistische Theorie und ihre Erweiterungen Reproduktion, Generativität und Geschlechterverhältnisse nicht systematisch berücksichtigt. Reproduktion und Generativität werden *nicht* als ein soziales Verhältnis, nicht als ein Ort sozialen Handelns und sozialer Konflikte konstituiert. Die ›Erzeugung‹ von Kindern wird in den marxistischen Frühschriften (Deutsche Ideologie 1932) und

in Friedrich Engels *Der Ursprung der Familie, des Privateigenthums und des Staats* (1884) zwar noch als »Produktion« bzw. »Reproduktion von Leben« der Warenproduktion gegenübergestellt, in *Das Kapital* (1867) wird sie jedoch dann dem »Selbsterhaltungs- bzw. Fortpflanzungstrieb der Arbeiter« überlassen (MEW 23, 597f, zit.n. Haug 2002).

Die marxistische Fixierung auf die Warenproduktion als *die* Vergesellschaftungsform[62] besteht bis in die heutigen Debatten fort. Zwar diskutieren heutige marxistische Ansätze Reproduktion als erweiterten Produktionsprozess, dieser wird aber erneut auf Arbeit, nämlich auf Arbeit zur Herstellung der Arbeitskraft, reduziert. Auf diese Weise wird Prozessen der Reproduktion und der Generativität eine Eigendynamik sowohl sozial als auch symbolisch nach wie vor abgesprochen. Damit verfehlt marxistische Theorie bis heute eine systematische Integration der Geschlechterverhältnisse in ihre Theoriebildung (Lettow/Kontos 2016).

Einige feministische marxistische Theoretikerinnen haben den marxistischen Arbeits- und Produktionsbegriff so erweitert, dass er auch Arbeit, die im Privaten geleistet wird – inklusive Gebären –, umfasst.[63] Eine solche Erweiterung des Produktions- bzw. Arbeitsbegriffes wird allerdings problematisch, wenn damit die Spezifik kapitalistischer Mehrwertproduktion und letztlich auch die spezifischen Formen, die Generativität in kapitalistischen Verhältnissen annimmt, unsichtbar werden. Andere haben deshalb darauf hingewiesen, dass es nicht ausreiche, Reproduktion und Generativität einfach als Arbeit zu definieren und sie zum Produktionsbereich dazuzuzählen (Meißner 2014). Vielmehr müsste, so der Vorschlag von Jaggar und McBride (1989), die Unterscheidung von Produktion und Reproduktion aufgegeben und nur noch von *Produktion* gesprochen werden, da der Begriff der Reproduktion die Arbeit, die unter ihn subsummiert werden, naturalisiere.

---

62 Zu dieser Fixierung siehe Kontos/Walser 1978.

63 Siehe die Hausarbeitsdebatte der 1970er-Jahre u.a. Dalla Costa 1973 und Bock/Duden 1977.

Im deutschsprachigen Raum hat Ursula Beer (1990) versucht, den marxistischen Produktionsbegriff um Generativität zu erweitern und mit der Einführung des Begriffs der *Bevölkerungsweise* ein Theorem der Vergesellschaftung zu begründen, das es möglich macht, »Menschen analytisch in ihrer Leiblichkeit und Geschlechtlichkeit« (1990, 72) zu begreifen. Eine solche Erweiterung ist nicht zuletzt eine Absage an die marxistische Idealisierung der Reproduktion als vorkapitalistische Produktionsweise, eine als ›außerhalb‹ der Marktökonomie erbrachte Leistung oder Liebespraxis, die von der kapitalistischen Dynamik angeblich verschont bleibt. Negri und Hardt (2002) begreifen mit ihrem Konzept der *affektiven Arbeit* Care-Tätigkeiten als (Liebes-)Praxis, die durch und durch von kapitalistischer Produktion eingesogen bleibt, nämlich als ständiger, unbezahlter Input, der genutzt und benötigt wird. Wie auch Beer (ebd.) und andere zu zeigen versuchen, bewegen sich Generativität und Reproduktion gerade nicht – wie etwa Subsistenzproduktion oder die vielfältigen Formen der Eigenproduktion – an der Peripherie der kapitalistischen Produktionsweise, sondern in ihrem Herzen. Kurz: Wir machen Kinder nicht außerhalb der kapitalistischen Gesellschaft, gleichwohl haben Generativität und Reproduktion auch Eigendynamiken und gehen nicht vollkommen in kapitalistischen Prozessen auf.

Die feministische Kritik hat gezeigt, dass Reproduktionsarbeit (Care, Sorgearbeit usw.)[64] eine notwendige Voraussetzung dafür ist, dass die Arbeitskraft, aber auch die gesamte Gesellschaft sich reproduzieren kann. Wie Beer (1990) aufzeigt, erweist sich die »geschlechtliche Arbeitsteilung […] damit auch aus werttheoretischer Perspektive implizit als Bedingung und Voraussetzung der Warenproduktion. Die bürgerliche Gesellschaft hat Mechanismen geschaffen, unprofitable, aber notwendige Arbeiten vom Markt fernzuhalten, indem sie Frauen als

---

64 Es gibt verschiedene Begriffe, die sich aus unterschiedlichen Theorietraditionen speisen, während Reproduktionsarbeit aus der marxistischen Theoriebildung stammt, ist Carearbeit (Sorgearbeit) eher eine neuerer Begriff. Nach Madörin (2001, 42) bezieht sich der Begriff auf »alle bezahlt und unbezahlt geleisteten Tätigkeiten, bei denen Menschen für andere sorgen oder für die alltägliche Versorgung anderer Menschen zuständig sind«.

Gratisleistung abverlangt werden« (Beer 1990, zit.n. Kohlmorgen 2007, 40). Die *Wertform* existiert daher nicht als ›reine‹ Form, sondern realisiert sich immer auf Basis der Abjektion der Care-Tätigkeiten in unbezahlte und schlecht bezahlte Care-Arbeit als *Voraussetzung* des Werts bei gleichzeitiger Naturalisierung und damit Verschleierung des dahinterliegenden Verhältnisses. Abjektion von Care und Care-Arbeit ist die Bedingung dafür, dass die Arbeitskraft Mehrwert erzeugen kann (vgl. Müller 2014, 36). Der Brennstoff des Kapitalverwertungsprozesses, den Marx als Klassengegensatz ausmacht, ist daher zusätzlich und grundlegend durch einen Widerspruch zwischen denjenigen, die abjekte Arbeit leisten, und jenen, die sie nicht leisten (müssen), gekennzeichnet.[65]

Dabei besteht die Abjektion von Care allerdings nicht ausschließlich in der im ökonomischen Sinn gedachten Abspaltung und Fernhaltung von Care-Arbeit vom Markt und der Herausbildung des Reproduktions- und Produktionsbereichs als zwei getrennten Sphären (Schäfgen 2000), sondern »die historisch dem Kapitalismus vorgängige Abjektion der unstrukturierten Körperlichkeit und Abhängigkeit findet sich im Kapitalismus auch auf der symbolischen Ebene in der Verwerfung« (Müller 2014, 36), das heißt symbolischen Abwertung von Care, wieder.

Hier setzt Beers Anliegen an, die marxsche Analyse zu erweitern, um eine Analyse der Geschlechterverhältnisse zu ermöglichen. Sie sieht zwei Lücken in der marxschen Analyse. Zum einen kritisiert sie, dass der Begriff der Produktionsweise auf die marktorientierte Produktion beschränkt ist. Sie schließt daraus, »dass die historisch-materialistische Theorie in ihrer originären Gestalt nicht materialistisch genug ist, weil sie all das aus ihren Begriffen ausspart, was mit gesellschaftlicher Reproduktion unter- oder außerhalb des Produktionsprozesses von Waren zu tun hat« (Beer 1991b, 258). Beer insistiert darauf, dass die Tatsache, dass in jeder Gesellschaft nicht nur die materielle Produktion, sondern auch die biologische (generative) und kulturelle Reproduktion der Menschen gewährleistet werden muss, keine Nebensächlichkeit ist und deshalb auch ein wichtiges Thema der Gesellschaftstheorie

65 Siehe Kohlmorgen 2007; Müller 2013 und 2014.

sein muss (vgl. Meißner 2014, 259). Biologische und kulturelle Reproduktion – wie Beer es nennt – sind keine Begleiterscheinungen, keine automatischen Folgen der je spezifischen Produktion von Gütern und Diensten. Um die Reproduktion theoretisch einzuholen, erweitert Beer das Konzept der Produktionsweise daher und unterscheidet zwischen einer *Wirtschafts-* und einer *Bevölkerungsweise*.

Beer zufolge ist die geschlechtshierarchische Arbeitsteilung weder ein notwendiges Erfordernis der kapitalistischen Produktionsweise noch in der Gebärfähigkeit von Frauen begründet. Vielmehr beschreibt Beer ein Ineinandergreifen von patriarchalen Mustern (ein »kulturelles Muster« der Geschlechterherrschaft [Beer 1991a, 275]) und kapitalistischer Produktionsweise (Beer zeigt dieses Ineinandergreifen am Beispiel der Transformation der Geschlechterverhältnisse im Übergang von der ständischen zur bürgerlich-kapitalistischen Gesellschaft). Beer zufolge setzte sich mit der Transformation zur kapitalistischen Moderne eine neue gesellschaftliche Organisation des Zusammenhangs von *Wirtschafs-* und *Bevölkerungsweisen* durch und darin eine neue Form der Ungleichheit zwischen Männern und Frauen (vgl. Meißner 2014, 259-262).

Die kapitalistische Produktionsweise verallgemeinerte die Lohnarbeit, dadurch entstanden neue Möglichkeiten der individuellen Existenzsicherung, denn der Lebensunterhalt konnte nun, vermittelt über den Verkauf der Arbeitskraft gegen Lohn oder Gehalt, unabhängig von Besitz an Grund und Boden oder an Produktionsmitteln gewährleistet werden (Meißner ebd.). Beer (1990) macht allerdings geltend, dass die Effekte dieser historischen Entwicklung nicht allein auf der Ebene der nun über den Markt vermittelten Produktion zu betrachten sind. Sie macht auf die gesellschaftstheoretische Bedeutung einer tiefgreifenden Reorganisation von Arbeit und Generativität aufmerksam, im Zuge derer die Erfordernisse der individuellen und generativen Reproduktion weitgehend in eine von der Erwerbsarbeit getrennte Privatsphäre verwiesen werden.

Beer führt diese Reorganisation auf eine neue strukturelle Problemlage zurück: »Eine (kapitalistische) Marktökonomie kann nur dann profitabel und rational arbeiten, wenn sie keinerlei Verantwortung für die

gesellschaftlich-individuelle Reproduktion von Frauen und Männern zu übernehmen braucht, die über die Lohn- oder Gehaltszahlung hinausgeht« (Beer 1990, 24, zit.n. Meißner 2014, 261). Sie spricht hier auf der analytischen Ebene der verborgenen Strukturen eine spezifische Konstellation der kapitalistischen Produktionsweise an, die sich als Blindheit des Kapitals gegenüber den eigenen Existenzbedingungen charakterisieren lässt. Die lebendige Arbeitskraft wird zur Reproduktion des Kapitalverhältnisses gebraucht, die Sicherstellung der individuellen Reproduktion dieser Arbeitskraft wird jedoch weitgehend aus dem Kapitalverhältnis ausgelagert. Beer (ebd.) spricht von einer strukturellen Auslagerung wichtiger Aufgaben der individuellen Reproduktion in den Privatbereich.

Da sich der Bereich der Reproduktion und der Generativität in weiten Teilen nicht als Sphäre rentabler Kapitalanlage eignet, wird er der ›privaten‹ Verantwortung überlassen. Es entsteht eine »strukturelle Notlage« (Meißner 2014, 266) in Gestalt eines gesellschaftlichen Widerspruchs zwischen dem Verwertungsinteresse der Einzelkapitale und deren Gleichgültigkeit gegenüber den eigenen Existenzbedingungen. Die Abspaltung in den Privatbereich nennt Beer eine Transformation zum *Sekundärpatriarchalismus*, das heißt, es entsteht eine Ordnung, mit der moderne kapitalistische Gesellschaften historisch-spezifisch auf das Problem antworten, ihre »biologisch-natürliche Bestandssicherung« (Beer 1993, 20) zu organisieren.[66]

66 Meißner (2014) kritisiert, Beer würde in ihrer Theoretisierung der *Bevölkerungsweise* einerseits allzu ungeniert auf die Bevölkerungswissenschaft und ihre systemtheoretischen Vorannahmen zurückgreifen. Weiter verliere sie mit der familienrechtlichen Fassung eines *Sekundärpatriarchalismus* die Dynamik der Generativität aus dem Auge. Es fehle also trotz ihres vehementen Bestehens auf der Generativität als einem eigenen Vergesellschaftungsmodus der den Geschlechterverhältnissen zugrunde liegt, der Bezug auf die Dimensionen, die nicht Arbeit sind, sondern die Materialität und Konstruktivität von Geschlechtskörpern ebenso umfassen wie die entsprechenden Herrschaftsformen, die mit der Disziplinierung und Normalisierung von Körpern operieren.

Auch Roswitha Scholtz (2011) argumentiert, dass generative Tätigkeiten abgespalten werden. Vor einem marxistisch-psychoanalytischen Hintergrund versteht Scholtz unter Wert-Abspaltung,

> dass weibliche Reproduktionstätigkeiten, aber auch damit verbundene Gefühle, Eigenschaften, Haltungen usw. (Sinnlichkeit, Emotionalität, Fürsorglichkeit zum Beispiel) vom Wert, der abstrakten Arbeit strukturell abgespalten sind und zum »weiblichen Lebenszusammenhang« gemacht werden. Diese »weiblichen« Reproduktionstätigkeiten haben so einen anderen Charakter als die abstrakte Arbeit und können deshalb nicht einfach unter den Arbeitsbegriff subsumiert werden. Sie sind gewissermaßen der Schatten, den der Wert wirft […]. Sie sind notwendig mit dem Wert gesetzt, gehören notwendig zu ihm, andererseits befinden sie sich jedoch außerhalb desselben und sind dessen Voraussetzung (Scholz 2011, 118).

So konstituiert sich das »warenproduzierende Patriarchat« nicht nur aus dem Selbstzweck der Waren- und Geldform, sondern daraus, dass alles als weiblich Gesetzte, alles Differente, begrifflich nicht zu Erfassende und Widersprüchliche ausgegrenzt und als minderwertig betrachtet wird (Scholz 2011, 118ff.). Reproduktion wird von Scholz (ebd.) als basaler *Teil* der aktuellen Gesellschaftsordnung konzipiert, deren Voraussetzung und Effekt gerade die Abspaltung von Reproduktion ist. Die Abspaltung des ›Weiblichen‹ wird so als »dunkle Rückseite des Werts« (Scholz 1999) bzw. der warenproduzierend-androzentrischen Gesellschaftsordnung *selber* sichtbar (auch Michalitsch 2013).

»Feminisierung bedeutet demnach die Kennzeichnung von Arbeit, die historisch von feminisierten Subjekten geleistet wird, als »inferior« (Rodriguez 2010). Oder um es mit Michalitsch (2013) zu formulieren: Die den Prozessen der Abjektion zugrunde liegenden ökonomischen Prozesse sind »maskulinistisch« konnotiert, da in ihnen Care-Arbeit (Sorgearbeit) bzw. Generativität nicht existieren. Ökonomie ist – so Michalitsch – in diesem Verständnis gleich Markt: »Untrennbar knüpft sich an diese Ökonomie auch eine geheime Gouvernementali-

tät, die auf der ausgeblendeten, der Logik der Sorge gehorchenden und mit Weiblichkeit verknüpften Reproduktion fußt« (*28*).

Berücksichtigt werden muss, dass in der Praxis oft nicht von einer strikten Aufspaltung zwischen männlich konnotierter Produktions- und weiblich konnotierter Reproduktionssphäre gesprochen werden kann. Abgesehen davon, dass diese Bereiche oft nicht mehr so klar voneinander getrennt sind, waren Frauen, vor allem Arbeiterfrauen, immer schon in der Erwerbssphäre unterwegs, und in den vergangenen Jahren ist durch die zunehmende Erwerbsarbeit der Frauen zum Teil eine Flexibilisierung der Geschlechterordnung im modernen Arbeitsverhältnis zu beobachten. Diese wirkt sich auch auf die Care-Arbeit aus. Allerdings ist im Zuge ökonomischer Krisenverhältnisse die Care-Sphäre stärker unter Druck geraten.[67] Trotz Veränderungen wird diese noch immer zu einem großen Teil von Frauen erledigt. Zu beobachten ist zudem eine Auslagerung an Migrantinnen (Care-Migration): »Care-Arbeit wird zunehmend kommerzialisiert und verwandelt sich zu einer Ware, die man – je nach Kaufkraft – auf dem Dienstleistungsmarkt ›einkaufen‹ kann. Versorgungslücken und Zeitnot im Haushalt werden immer häufiger mit der Anstellung einer prekär beschäftigten und bezahlten Hausarbeiterin (z.B. Putzfrau) meist mit Migrationshintergrund kompensiert« (Schilliger 2009, 99).

Durch die Flexibilisierung der Arbeitszeit komme es zu (noch) komplexeren Anforderungen im Familienalltag: »Die Felder ›Arbeit und Leben‹ sind zunehmend nicht mehr eindeutig konturiert und abgegrenzt, sondern verwischen sich, und ihr Verhältnis zueinander wird dadurch zu einer nun aktiv individuell zu leistenden Aufgabe der (Neu-)Formierung, der aktiven Begrenzung, der bewussten Balance, des gezielten alltäglichen Managements« (Gottschall und Voß 2003, 19). Gerade diese Anforderungen und Verwischungen führen jedoch auch zu Retraditionalisierungen, bei denen ›der Einfachheit halber‹ dann doch auf tradierte Rollen zurückgegriffen wird (König 2012; Schilliger 2009).

---

67 Zur Flexibilisierung und Ökonomisierung siehe Winker 2013 und Schilliger 2009.

In Bezug auf Generativität diagnostizieren neuere materialistische Forschungsansätze, dass im Zuge technologischer Machbarkeit eine Erosion bzw. Flexibilisierung von Familienmodellen und der traditionellen Geschlechterordnung (gleichgeschlechtliche Elternschaft, Ein-Elternschaft usw.) stattfindet. Gezeigt wird, dass Generativität (für manche) eine ›Entkörperung‹ bedeutet – wenn zum Beispiel das Austragen eines Fötus an eine Leihmutter delegiert wird und insgesamt die Bedeutung der biologischen Elternschaft erodiert (vgl. Bernard 2014; Cooper/Waldby 2015). Andere Untersuchungen machen wiederum deutlich, dass sich die binär-geschlechtliche Konnotation, das heißt der grundsätzlich feminisierte Status von Generativität und die damit verbundene Arbeitsteiligkeit im Zuge der technologischen Möglichkeiten, gerade *nicht* verändert, ja teilweise noch verstärkt wird.[68] Auch gilt zu berücksichtigen, dass zum aktuellen historischen Zeitpunkt trotz technologischer Möglichkeiten Generativität nach wie vor überwiegend ›traditionell‹ stattfindet und ›Natürlichkeit‹ bis jetzt das vorherrschende Ideal und Praxis ist (Heitzmann 2017).

Insgesamt kann von einer Ökonomisierung der Generativität und Reproduktionsarbeit gesprochen werden. Sie werden Gegenstand marktwirtschaftlicher Logik, behalten aber einen abgewerteten und feminisierten Status. Von einer Ökonomisierung wird insbesondere auch in Zusammenhang mit Biotechnologien gesprochen, da es hier nicht nur um die Ökonomisierung der reproduktiven Arbeit geht, sondern um die Inwertsetzung des Körpers *selbst*. Dieser Prozess wird mit Begrifflichkeiten wie *Biokapital*, *Biokapitalismus*, *Reproduktionsökonomie* oder *Biowert* gefasst.[69] Mit Blick auf Stammzellenhandel, die kommerzielle Zirkulation von Spermien, Eizellen, Gewebe, Biodaten und auch auf die Entstehung neuer Institutionen wie Biobanken diagnostiziert Thompson (2005) eine Verschiebung von der Produktion von Dingen zu einer Produktion von Körpern. Rose (2006) spricht von

68 Wenn z.B. auf die besondere ›weibliche‹ Aufopferungsbereitschaft von Leihmüttern verwiesen wird, die kinderlosen Frauen zum Kind verhelfen, siehe Reuschling/Schultz 2015.

69 Eine Auseinandersetzung mit den verschiedenen Konzepten siehe Lettow 2015.

einer ökonomischen Verfügbarmachung des menschlichen Körpers, des Lebens, der Biomasse bzw. der Bioobjekte im globalen Maßstab.

Dabei erscheint die Ökonomisierung von Körpern in dieser Perspektive oft zu stark als ein *Resultat* der Technologien, die das Leben *neuerdings* zum Objekt, zum Kapital machen. Es gerät leicht aus dem Blick, dass die Politik des Lebens *immer* schon ökonomisch (gouvernemental) ist (wie ich im Anschluss Tellmann 2017 gezeigt habe). Technologien und die mit ihnen verbundene Inwertsetzung von insbesondere weiblichen Körpern stellen keinen *neuen* Biokapitalismus her, sondern sie lassen sich so mühelos in den gegenwärtigen Kapitalismus integrieren, weil sie an eine (vergeschlechtlichte) genealogische Verschränkung von liberaler Ökonomie und Biopolitik anknüpfen (vgl. Larsen 2012, 24). Die Regierung des Lebens ist von Anfang an ökonomisch. Die These von der In-Wert-Setzung reduziert Ökonomie auf Warenförmigkeit und trennt sie von der (bio-)politischen Regierung (der Subjekte). Sie kann nicht fassen, inwiefern die Politik der Generativität im Sinne einer Regierung von Subjekten grundlegend ökonomisch ist.[70]

(Bio-)Politische und ökonomische Regierung sind, wie Tellmann (2017) zeigt, nicht getrennt: Die gouvernementale Regierung ist – in der historischen Genealogie – ökonomische Krisenregierung, es geht um die Zügelung einer aus dem Ruder laufenden Bevölkerung, die potenziell die Ressourcen übersteigt (Malthus). Ökonomische Rationalität wendet sich, wie Tellmann (2013; 2017) ausführt, gegen die Drohung des Lebens und die Drohung der Knappheit. Liberale Ökonomie wird im Verlauf des 18. und 19. Jahrhunderts zur ordnenden Gestalterin im Chaos der Bevölkerungsprozesse. Die Drohkulisse der Bevölkerungsprozesse erhebt die liberale Ökonomie, den Homo Oeconomicus, das heißt die rationale Marktlogik zum bändigenden, ja humanisie-

70 Gleichwohl ist es natürlich sinnvoll zu untersuchen, welche *spezifischen* Mechanismen der Inwertsetzung von Generativität (Verkauf von Spermien, Leihmutterschaft usw.) heutige Prozesse der Ökonomisierung des Lebens aufweisen und welche Ausbeutungs- und Ungleichheitsverhältnisse – auch im Geschlechterverhältnis – sie hervorbringen und/oder reproduzieren.

renden Regulativ der als unökonomisch (animalisch) konzipierten Lebensprozesse.

Dem potenziell unökonomischen Bevölkerungsverhalten wird, so Tellmann (ebd.), der rationalisierende Homo Oeconomicus entgegengehalten. Damit wird auch klar, weshalb Ökonomie immer auch eine Regierung von Subjekten ist – und nicht etwa eine reine Regierung von Objekten, Ware, Geld oder Ressourcen.

Eine solche Perspektive ist für die Einschätzung der gegenwärtigen Programme der Reproduktiven Gesundheit produktiv. Die gouvernementalen Subjektanrufungen (Subjektivierungsweisen) in den Kairo-Programmen zeigen, dass (antinatalistische) Geburtensteuerung auf der Basis von Gesundheitsargumenten (Risikotechnologien/-kalkulationen) legitimierbar wird (Schultz 2006). Dabei wird die Proklamierung von rationalisierten individuellen und selbstbestimmten Verhütungsentscheidungen zwar nicht mehr direkt ökonomisch begründet. Die malthusische Folie ist aber, wie Schultz (2006, 24) ausführt, auch in den Programmen der Reproduktiven Gesundheit und Rechte präsent: Generative (weibliche) Selbststeuerung wird implizit mit dem Gleichgewicht des Marktes und der Steuerung ökonomischer Krisenszenarien (Ressourcenknappheit) verknüpft.

Die gesundheitlichen Risikokalkulationen sind anschlussfähig für Antinatalismus, überhaupt für die Idee der Geburtensteuerung und mithin auch für ein malthusisches Kontinuum ökonomischer Argumentationen, das steigende oder sinkende Geburtenraten, das Gebärverhalten von Frauen als ein ökonomisches Problem diskutiert (ich werde im Close Reading ausführen, wie diese Verknüpfung in den WHO-Programmen konkret aussieht).

Mit Schultz (ebd.) wird in Bezug auf die Agende von Kairo deutlich, dass die Konzepte der Reproduktiven Gesundheit eine Art gesundheitliche und weibliche Variation des Homo Oeconomicus installieren. Ich möchte diese Figuration *Healthy Homo Oeconomicus* nennen, die frei und selbstbestimmt, aber gleichwohl rational planend die eigene generative Gesundheit und Anzahl Geburten managed – nicht zuletzt auch im Hinblick auf das Ziel eines bestimmten (auch ökonomisch vernünftigen) Bevölkerungsoptimums. Die biopolitische Regierung der Genera-

tivität ist demnach, wie sich am Beispiel der Reproduktiven Gesundheit zeigt, insofern gouvernemental, dass es um eine vergeschlechtlichte Regierung von Subjekten geht, die ein ökonomisiertes Selbstverhältnis der generativen (weiblichen) Subjekte nahelegt. Anders gesagt: Es sind Frauen, die ein optimales generatives Gesundheitsverhalten erlernen sollen und mit gesundheitlicher Eigenverantwortung und Selbstregulierung adressiert werden.

3.3.4 Aufteilung von produktiver und reproduktiver Arbeit

Biopolitische Ansätze lassen sich mit materialistischen Perspektiven insofern anreichern, dass letztere die Verknüpfung von Wirtschafts- und Bevölkerungsweisen auch als arbeitsteilige Organisierung herausstellen (Beer 1990), bei der Frauen die ›Gratisarbeit Generativität‹ übernehmen und optimale Voraussetzungen für Ökonomie und Staat schaffen.

Es geht in der vorliegenden Arbeit nicht um die Erweiterung einer marxistischen Kapitalismustheorie, die Generativität und Reproduktion in allen ihren Dimensionen einen systematischen Ort einräumt und deren spezifische Formen der Verbindung mit dem Kapitalverhältnis theoretisierbar macht. Vielmehr möchte ich die foucaultsche Machtanalytik (*biopolitische Gouvernementalität,* s. Lorey 2015) mit den skizzierten materialistisch-feministischen Perspektiven anreichern.

Die Programme der Reproduktiven Gesundheit konstruieren eine feminisierte generative Selbststeuerung und sind dabei – wie Schultz am Beispiel der Agende von Kairo (1994) herausgearbeitet hat – anschlussfähig für biopolitische Makroziele, die Generativität zugunsten von bestimmten (ökonomischen) Vorstellungen steuerbar macht. Generative Verantwortung wird in die weiblichen Subjekte delegiert und als Gesundheitsthema privatisiert (abgespalten). Ich möchte vorschlagen, diese Regierungsweise auch auf der Ebene einer binär-geschlechtlichen und hierarchischen Aufteilung von produktiver und reproduktiver Arbeit zu fassen: Die Reproduktiven Gesundheitsprogramme verweisen auf eine Strategie der Abjektion, die Care-Arbeit und Generativitätsverhältnisse ins Private delegiert/abspaltet. Anders gesagt: Generativität wird zum individualisierten Gesundheitsthema gemacht. Ausge-

hend von den Analysen von Beer (1990), Scholz (2011) und anderen, verweist dies auf den Mechanismus kapitalistisch-moderner Gesellschaften, Reproduktions- und Generativitätsverhältnisse unsichtbar zu machen, (politisch wie ökonomisch) abzuwerten und dabei letztlich wichtige Aufgaben der Reproduktion und Generativität in den Bereich der privaten Gratisarbeit strukturell auszulagern.

Die Regierung der Generativität durch die Programme der Reproduktiven Gesundheit kann damit auch als Feminisierung und Abspaltung von Generativitätsverhältnissen interpretiert werden, die letztlich die *Voraussetzung* einer warenproduzierenden Gesellschaft darstellen. Ich werde die Programme der Reproduktiven Gesundheit deshalb als diskursiven Ausdruck einer strukturellen Auslagerung der Reproduktion/Generativität in einen feminisierten Privatbereich fassen.

4. Methode: Kritische Diskursanalyse

Die vorliegende Arbeit geht wissenssoziologisch vor, das heißt, untersucht werden Diskurse der Weltgesundheitsorganisation (WHO) über die Reproduktive Gesundheit. Ausgang sind die diskurstheoretischen Überlegungen von Michel Foucault (1981) bzw. deren Weiterentwicklungen durch die Sozialforschung. Keller (2011, 60) zufolge ist Wissenssoziologie das Ergebnis der Einführung von Foucaults Diskurstheorie in die qualitative Sozialforschung. Die foucaultsche Diskursanalyse sei, wie Keller (ebd.) weiter schreibt, eine Überwindung des »mikrosoziologisch-situativen Bias« der qualitativen Soziologie. Oder wie Angermüller (2005, 29) im Anschluss an Schwab-Trapp (1996) ausführt: Die Diskursanalyse ermöglicht eine großflächige Beschreibung der Organisation von Wissen. Sie sei ein Instrument, mit dem sich die Produktion von Wissen rekonstruieren lässt, mit Blick auf gesamtgesellschaftliche, zum Beispiel mediale Debatten oder auf Wissensbestände aus der Wissenschaft, der Politik usw.

Das Ziel meiner Analyse ist eine Kartografie des Diskurses der Reproduktiven Gesundheit und Rechte der WHO Europa. Die Ebene der Akteure sowie die Handlung/Praxis tritt damit in den Hintergrund; der Fokus richtet sich auf »Wissensvorräte« (Angermüller 2005, 29). Die Methode der Diskursanalyse arbeitet – im Unterschied zur Hermeneutik – auch die gesellschaftliche und *historische* Prägung dieses Wissens heraus. Das heißt, es geht nicht einfach um formale Produktionsregeln oder sprachliche Semantiken des Diskurses, vielmehr werden die herausgestellten Diskurse in einem übergeordneten Bezugsrahmen begriffen und interpretiert. Gefragt wird, in welchen Verhältnissen und

unter welchen Bedingungen das Wissen bzw. die Diskurse überhaupt zustande kommen. Weiter begreife ich Diskursanalyse auch als ein Instrument der (herrschafts-)kritischen Gesellschaftsanalyse.

4.1 Was ist Diskurs?

Diskurs meint – im Anschluss an Foucault (1981) – eine Menge von Aussagen, die zur selben diskursiven Formation gehören und eine diskursive Praxis bilden, die »eine Gesamtheit von anonymen, historischen, stets im Raum und in der Zeit determinierten Regeln, die in einer gegebenen Epoche und für eine gegebene soziale, ökonomische, geographische oder sprachliche Umgebung die Wirkungsbedingungen der Aussagefunktion definiert haben« (Foucault 1981, 171).

Ausgangspunkt ist die Annahme, dass kommunikative Prozesse, insbesondere die Sprache, einen entscheidenden Anteil an der sozialen Konstitution der Welt haben. In *Archäologie des Wissens* (1995 [1973]) und *Die Ordnung des Diskurses* (1974) entwickelt Foucault die Prämissen für seine Methode: Wichtige Quelle ist dabei die strukturalistische Sprachtheorie von Ferdinand de Saussure und dessen Erkenntnis, dass sprachliche Zeichen ihre Bedeutung »aus den strukturierten Relationen bzw. der Differenz zu anderen Zeichen erhalten und nicht als Abbild einer den äußeren (nichtsprachlichen) Dingen anhaftenden Realität« (Ullrich 2008, 20).

Diskurse mobilisieren auch kollektives Handeln und definieren Normalität und Abweichung und transformieren bestehende Wissens- und Moralsysteme (vgl. Keller u.a.: 2001, 12). Diskurse bestimmen die Wirklichkeitswahrnehmung und Definitionen der Menschen und damit auch Machtstrukturen in der Gesellschaft mit (vgl. Ullrich 2008, 20). Foucaults Interesse richtet sich auf die Praxis der Diskursproduktion, die formalen Bedingungen der Produktion von Wissen, die Regeln der Produktion und Kontrolle von Diskursen, der Erzeugung, Aufrechterhaltung und Transformation von gesellschaftlichen Wissensbeständen, auf den Zusammenhang von Wissen und Macht sowie

auf die institutionellen und diskursiven Formen der Subjektkonstituierung.[1]

Ein Diskurs liegt dann vor, wenn eine Regelmäßigkeit von Aussagen systematisch gegeben ist.[2] Aus der Systematik von Aussagen lassen sich Formationsregeln ableiten, die die Herausbildung von Gegenständen, Begriffen und Strategien konstituieren. Gemäß Foucault produzieren Diskurse systematisch das, wovon sie sprechen. Sie sind mehr als eine Gesamtheit von Zeichen, und es gilt, sie »als Praktiken zu behandeln, die systematisch die Gegenstände bilden, von denen sie sprechen« (Foucault 1995, 74). Der Diskurs bildet also nicht nur ab, er gestaltet auch. Ich verstehe die Diskurse der internationalen Gesundheitsprogramme als eine historische und kontextspezifische artikulatorische Praxis (vgl. Angermüller 2005, 37), die »einem gleichen Formationssystem zugehören« (Foucault 1995, 156) und eine strukturierte und strukturierende Praxis aufweisen.

Den äußeren Rahmen für Diskurse bildet das Archiv – ein weiterer Kernbegriff der Diskurstheorie. Archiv meint, wie Ullrich (2008, 22) ausführt, die Gesamtheit eines Diskursrepertoires zu einem bestimmten Zeitpunkt und Thema. Eine Diskursanalyse bedeutet, einen Teil dieses Repertoires interpretativ zu rekonstruieren. Foucault schlägt vor, die Diskursanalyse zu einer Dispositivanalyse zu erweitern, das heißt, nicht nur von der sprachlichen Ebene auszugehen, sondern eine Gemengelage diskursiver und nichtdiskursiver Praxen anzunehmen.

---

1 Dabei deckt sich das diskursanalytische Interesse, wie es in der *Archäologie des Wissens* artikuliert wird, nicht einfach mit einem sozialwissenschaftlichen Interesse, das sich für sozialen Wandel und soziale Machtzusammenhänge interessiert. Auf der Ebene der expliziten Methodenreflexion ist eine Machtanalytik zum Zeitpunkt der *Archäologie des Wissens* von Foucault noch nicht expliziert. Erst später formuliert Foucault sein Forschungsprogramm als sozialwissenschaftliche *Machtanalytik* aus.

2 Dabei betont Keller (2005), dass es nicht darum geht, den Diskursbegriff eindeutig, d.h. für alle Ansätze gleich lautend, zu definieren, sondern innerhalb des spezifischen Forschungsinteresses den Diskursbegriff zu spezifizieren und Begriffsverwendungen zu reflektieren.

Kurzum: Der Begriff des Dispositivs geht von einem Ineinandergreifen von Praktiken der Wissensproduktion und Praktiken von Subjekten aus.[3] Etwas anders gelagert spricht Link (1986, zit.n. Jäger 2004, 132) auch von einem *Interdiskurs* und meint damit, dass sich ein Diskurs nicht bloß auf einen einzigen oder wenige Spezialdiskurse beschränkt, sondern sich vielmehr mit mehreren Diskursen auf verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen verbindet. Zweifellos trifft dies auf die Programmatik der Reproduktiven Gesundheit zu – was mit der genealogischen Herleitung deutlich geworden sein dürfte.

4.2 Diskurs und Materialität

Eine an Foucault orientierte Diskurstheorie geht davon aus, dass alle gesellschaftlichen Phänomene diskursiv vermittelt und folglich nur diskursiv wahrnehmbar sind. Dies bedeutet aber nicht, alles sei nur Sprache oder Symbolik, vielmehr werden Diskurse *auch* materiell verstanden. Das heißt, es geht gerade darum, die Unterscheidung von Diskurs und Materialität, Sprache und Praxis, von Kultur und Materialität aufzubrechen.

Ich habe bereits erwähnt, dass es zu kurz greift, Diskurse als unabhängig von Praxis zu begreifen. Diskurse stehen der Praxis nicht einfach abgespalten als ein ideologischer Apparat gegenüber und stülpen sich dieser nicht einfach über, wie es ein idealistisches Verständnis

---

3 Macht-Wissen-Formationen sind Gemengelagen diskursiver und nicht diskursiver Praxen. Solche Macht-Wissen-Komplexe bezeichnet Foucault als Dispositive. Studien wie *Überwachen und Strafen*, *Der Wille zum Wissen* und *Geschichte der Gouvernementalität* sind heuristisch an sozialpraktischen Künsten der Macht – an Technologien des Selbst, Praktiken der Bevölkerungsregulation, Techniken der Gestaltung städtischen Lebens, Interventionsformen zur Regulation des Ökonomischen und Sozialen etc. – interessiert. Aber methodisch bleiben die Arbeiten dennoch vorwiegend der Diskursanalyse verhaftet. Foucault hat für die Dispositivanalyse kein explizites Forschungsprogramm ausformuliert. Es gibt kein dispositivanalytisches Pendant zu dem, was für die Diskursanalyse *Die Archäologie des Wissens* ist (vgl. Bührmann 2005, 12).

nahelegen würde. Eine solche Perspektive unterschätzt, dass auch die nicht diskursive Praxis (zum Beispiel von Körpern) auf Diskurse einwirkt. Beide Dimensionen sind untrennbar miteinander verwoben (vgl. Kalender 2012, 63).

Ein Diskurs trifft demnach nicht einfach auf eine ›nicht-diskursive‹ Wirklichkeit, die er dann formt. Vielmehr stellt sich Diskurs im Zuge einer Wechselwirkung mit ebendieser Wirklichkeit her: Aussage- und Zeichensequenzen entstehen in diskursiven und nicht diskursiven Praktiken. Durch deren Wiederholung wird »die Wirklichkeit der Welt konstituiert« (Becker 2008, 33). Mit anderen Worten ist Foucaults Zugang nicht radikal konstruktivistisch. Soiland (2010, 77) und Kalender (2012, 61-63) zeigen, dass Foucault Diskurs nicht als Gegensatz zu Praxis oder Materialität konzipiert. Diskurs und Praxis stehen in einem konstitutiven und untrennbaren Wechselverhältnis. Diskurs kann folglich auch nicht einfach eine Abbildung von Wirklichkeit sein, denn er stellt diese mit her und wird gleichzeitig durch sie hergestellt.

In diesem Sinne verstehe ich die Geschichte der WHO-Programmatiken, die Geschichte des Wissens über Generativität verschränkt mit einer Geschichte der Materialität, der *Existenzweisen* (Maihofer 1995), des Körperhandelns, einer »generativen Praxis« (Heitzmann 2017, 163). Diese Materialität wird allerdings gerade *nicht* als etwas verstanden, das sich als vordiskursiver (biologischer) Plan offenbart, sondern sie ist – im Sinne eines Historischen Materialismus – bereits Effekt eines konstitutiven Zusammenwirkens von Kulturellem (Sprache) und Materialität (vgl. Soiland 2010, 77). Diskurse und die in ihnen zum Ausdruck gebrachten Normen schreiben sich Lebensweisen demnach nicht einfach von außen ein oder bringen diese Lebensweise in einem kausalen Sinne hervor. Anders gesagt: Praxen sind Ausdruck von Diskursen und umgekehrt. Das bedeutet ferner, dass Diskurse zwar konkrete Auswirkungen auf Lebensweisen und Praxen haben, aber keinen transzendentalen Status, sie stülpen sich nicht einfach über und haben oft auch eine andere Wirkung, als intendiert.

Im Sinne einer forschungspragmatischen Entscheidung werde ich dieses komplexe Wechselverhältnis jedoch nicht herausarbeiten und mich in der vorliegenden Analyse auf die Programmebene, das heißt

auf die Ebene des Diskursiven als ein sprachliches Phänomen konzentrieren. Das komplexe Wechselverhältnis, das Ineinanderverwobensein von Diskurs und Materialität, von Ideen und Praxis, Programm und Subjektivierung kann ein solcher Zugang nicht einholen. Er vermag nichts darüber auszusagen, ob und wie die programmatischen Subjektanrufungen und die generativen Subjektivierungsweisen im europäischen Raum aufeinander bezogen sind. Damit wird auch das Potenzial von Subversion – die performative Dimension widersetzlicher Subjektivierungsweisen, die über die Programmatik hinausweisen – unsichtbar. Kurzum: Empirische Subjekte sind nicht die Wiederspiegelungen von Programmen und Regierungstechnologien (vgl. Pieper/Panagiotidis/Tsianos, 2009). Ein auf die Programmatik und die Technologien der Macht fokussierter Blick läuft Gefahr, diese zu totalisieren, ihre Brüchigkeit, ihr Umkämpftsein und ihr Scheitern zu ignorieren. Einer solchen Perspektive entgehen die »Fluchtlinien« (Deleuze 1991, 155), die sich Regierungsrationalitäten und Machttechnolgien zu entziehen suchen. Sie übersieht die »Randgänge« (ebd. 156), in denen sich ein »Anders-Werden« (ebd. 160) artikuliert.

Dabei ist auch ein Programm bzw. eine Programmatik nicht einfach monolithisch oder gar eine widerspruchslose Einheit. Zwar bilden sogenannte Ursprungsmetaphysiken (zum Beispiel das autonome und selbstbestimmte Subjekt) eine Basis der untersuchten Programme, gleichzeitig – wie ich im Anschluss an ein dekonstruktivistisches Diskursverständnis (Bublitz 2003; Bublitz u.a. 1999) vorschlagen möchte – zeigt sich in dieser Metaphysik gerade auch die unmögliche (hegemoniale) Einheit von Diskursen. Die Ursprungsmetaphysik kann sich nur »über den Ausschluss eines ›Supplements‹ stabilisieren, also über den Außschluss jenes unkontrollierbaren Rests, der den systematischen Bias des diskursiven Gesamtzusammenhangs (Hegemonie) gefährdet« (Angermüller 2005, 36).

Poststrukturalistische Untersuchungen haben die »Unmöglichkeit des Diskurses« herausgearbeitet, sich als in sich widerspruchslose Ein-

heit oder als Hegemonie[4] zu konstituieren. Anders gesagt: Der Diskurs hat seine Grenze, und zwar deshalb, weil Sprache mehrdeutig und offen ist und weil die sprachlichen Zeichen sich nicht in ihrer konkreten Bezeichnungsfunktion erschöpfen, sondern miteinander kommunizieren (vgl. Derrida 1972, zit.n. Angermüller 2005, 35f.) und ein Gewebe bilden. Die sprachlichen Zeichen führen ein Eigenleben. Sie sind mehr als das, was die Sprechenden/Schreibenden intendieren, sie streuen (Derrida spricht von *Dissémination*, das heißt von Streuung), hinterlassen Spuren und entziehen sich vollständiger Kontrollierbarkeit und einheitlicher Abgeschlossenheit.

An diese dekonstruktive Perspektive anschließend, verstehe ich die von mir herausgestellten Diskursformationen nicht als monolithische Regimes, die mittels der Diskursanalyse vollständig kontrolliert rekonstruiert werden können. Vielmehr *konstruiert* eine Rekonstruktion von Diskursen auch *selbst* wieder etwas Neues.

4.3 Kritische Diskursanalyse, Machtanalytik und Gesellschaftskritik

Foucault hat Diskurstheorie als Machtanalytik erst in späteren Arbeiten ausgearbeitet und gezeigt, auf welche Weise Diskurse mit Macht verschaltet sind (Foucault 1977; 1983): Zum einen sind sie das Ergebnis von Machtbeziehungen und zum anderen generieren sie selbst Machteffekte. Diskurse mobilisieren zu bestimmtem Handeln und konstituieren Subjektivitäten. Nicht zuletzt (de-)legitimieren Diskurse gesellschaftliche Wissens- und Moralsysteme und steuern damit den

4 Der Hegemoniebegriff der postmarxistischen Diskussion geht von einer Konstruktion heterogener Ensembles von Elementen in einem Diskursraum aus, der keine stabilen Grenzen zu seinem Außen aufweist und daher kein geschlossener Container sein kann. Die prominentesten Vertreter der postmarxistischen Diskurstheorie sind Ernesto Laclau und Chantal Mouffe. Sie beschreiben die Hegemonialisierung des Diskursraums als einen Prozess der kontingenten Verknüpfung disparater Elemente in einem antagonistisch organisierten Feld sozialer Objektivität (vgl. Angermüller 2005).

Ermöglichungszusammenhang dessen, was als Wahrheit gilt und was nicht, was lebbar ist und was nicht. Diskurse sind die dem Sozialen eingeschriebenen Vorstellungen und können negative oder positive Folgen für bestimmte Menschen haben. Anders gesagt: Soziale Kontrolle und Macht werden in der sogenannten Wissensgesellschaft stark über symbolische Praktiken, Expertinnenwissen und Kommunikation vermittelt. Der Kampf um Macht ist immer ein Kampf um Deutungsmacht darüber, wie richtig gelebt wird. In diesem Sinne sind Diskurse machtbestimmte soziale Prozesse, die auch als materiell wirksam begriffen werden müssen. Sie sind »Materialitäten sui generis« (Jäger 2004, 144), eine Art gesellschaftliches Produktionsmittel und nicht ›bloße Ideologie‹ oder Sprache (siehe auch weiter oben zu Diskurs und Materialität). Sie sind insofern mit Macht ausgestattet, dass sie bestimmte Inhalte als Wahrheit oder auch als Norm setzen und anderes ausschließen. Diskurse sind anleitend für individuelles, gesellschaftliches, gesetzliches, staatliches usw. Handeln. Sie sind Wahrheitsregime und produzieren Subjekte. Eine Rekonstruktion von Diskursen ist demzufolge auch Rekonstruktion von Machtverhältnissen (vgl. Jäger 2004, 337).

Darüber hinaus leistet die vorliegende Arbeit mehr als eine Diskurs-Macht-Rekonstruktion, sondern versucht auch, diese *kritisch* einzuschätzen und in neue theoretische Perspektiven zu überführen. Das bedeutet zunächst, dass aufgezeigt wird, dass es sich bei den in den WHO-Programmen formulierten Expertisen und Richtlinien um Konstruktionen handelt, die weder überhistorische noch natürliche Gültigkeit besitzen. »Das diskursanalytische Verfahren setzt auf einen Erkenntnisweg, bei dem der Nachweis kultureller Konstruktionen damit verbunden ist, deren Konstruktionsprinzipien aufzuzeigen« (Althoff/Bereswill/Riegraf 2017, 237). Damit wird die scheinbar selbstverständliche Gültigkeit dominanter Repräsentationen (von Geschlecht, Generativität, Mutterschaft usw.) infrage gestellt und als Ausdruck bestehender Machtverhältnisse entlarvt.

Weiter bedeutet kritische Forschung (trotz ihrer großen internen Heterogenität), dass sie ihren methodologischen Überlegungen andere Kriterien zugrunde legt als die rein dem Wissenschaftssystem im-

manenten (vgl. Freikamp u.a. 2008, 7): Sie interessiert sich nicht nur für Erkenntnisgewinn, sondern auch für einen ›emanzipatorischen‹ Impact. Eine *kritische* Diskusanalyse untersucht, auf welche Weise Wissensformationen in bestimmten gesellschaftlichen und historischen Kontexten Macht erzeugen bzw. unterstützen und unterzieht diesen jeweiligen Zusammenhang von Wissen und Macht einer Kritik. Zur Haltung der Kritik gehört die (archäologische und genealogische) Beschäftigung mit der Geschichte, mit Wissen, aber auch eine »experimentelle Haltung, um die Formen der Vergesellschaftung in der Gegenwart umzugestalten und neue Formen zu erfinden und zu erproben« (Gasteiger 2008, 48).

Foucault schreibt – in Erweiterung ideologiekritischer Konzepte – Kritik solle »nicht länger als Suche nach formalen Strukturen mit universeller Geltung geübt [werden], sondern eher als historische Untersuchung der Ereignisse, die uns dazu geführt haben, uns als Subjekte dessen, was wir tun, denken und sagen zu konstituieren und anzuerkennen. […] sie versucht […] der unbestimmten Arbeit der Freiheit einen neuen Impuls zu geben« (Foucault 1990, 49). Dabei ist die kritische Ontologie (unserer selbst) aber nicht eine Doktrin, sondern muss als »eine Haltung vorgestellt werden, ein *Ethos,* ein philosophisches Leben, in dem die Kritik dessen, was wir sind, zugleich die historische Analyse der uns gegebenen Grenzen ist und ein Experiment der Möglichkeit ihrer Überschreitung« (Foucault 1990, 53).

Kritische Wissenschaft will Macht und Herrschaft, Gewalt und Unterdrückung, Unfreiheit und Ausschließung aufdecken und bietet dafür ihre eigenen Methoden – wie die kritische Diskursanalyse. »Bei aller Gegensätzlichkeit ist es doch einigendes Merkmal aller Methodiken, die sich epistemologisch auf einem Kontinuum zwischen einer marxistisch-materialistischen Dialektik und dem poststrukturalistischen Konstruktivismus abbilden lassen, mit ihren Mitteln zu zeigen, dass nicht alles so ist, wie es scheint und dass nicht alles so sein muss, wie es ist« (Freikamp u.a.2008, 7).

Im Anschluss an diese Traditionen verstehe ich kritische Diskursanalyse als eine Methode, mit der soziale Realitäten – wie man diese auch genau bestimmen mag – nicht nur analysiert, sondern

auch hinterfragt, abgelehnt und als überwindbar beschrieben werden. »Konkret kann damit die Rekonstruktion von Machtstrukturen, herrschaftssichernden Ideologien und Diskursen, Exklusions- und Diskriminierungsprozessen, kolonialen oder sexistischen Wahrnehmungs- und Handlungsmustern etc. gemeint sein« (Freikamp u.a. 2008, 12).

Die kritische Diskursanalyse geht von einer machtbestimmten Regelgeleitetheit des Diskurses, also von einer inneren Struktur aus. Ohne diese allerdings als bruchlos, abgeschlossen und monolithisch setzen zu wollen, denn zu einem Diskurs gehört nicht nur das Gesagte und Geschriebene, sondern auch das, was zu sagen und zu schreiben nicht erwünscht und erlaubt ist, sowie auch all das durch Nichtthematisierung überhaupt Undenk- und Unsagbare. »Das Kritikpotenzial der Diskursanalyse liegt entsprechend in der Relativierung des Absolutheits- und Wahrheitsanspruchs des oft als ›natürlich‹, ›normal‹ oder selbstverständlich Angenommenen. Die Diskursanalyse untersucht damit auch die Grenzen unseres Denkens und Argumentierens« (ebd. 22).

Gleichwohl gelangt auch die Diskursanalyse an den Punkt, anhand des empirischen Datenmaterials Kategorien bilden zu müssen und dadurch zu ›affirmativen‹ Ergebnissen zu gelangen. Diese Affirmation kann nur überschritten werden, wenn die *Beschreibungsmuster* kritische Erkenntnis ermöglichen, das heißt, alternative Denk- oder Handlungsmöglichkeiten ausloten (ebd).

Die vorliegende Arbeit ist im weitesten Sinne in einem feministischen und emanzipatorischen Projekt der Moderne verortet. Dieses ›Projekt‹ wird verstanden als ein heterogenes und umkämpftes, nicht als eine homogenes. Mit andern Worten ist das, was Emanzipation, Freiheit, Gleichheit, Gerechtigkeit, Solidarität etc. bedeuten können und wie diese Werte oder Ziele in ihrer Relevanz zu gewichten sind, umstritten. Foucault hat dafür plädiert, eine »unbestimmte Haltung der Kritik« (Gasteiger 2008, 47) einzunehmen und versuchte damit, eine Theoriebildung zu vermeiden, bei der kategoriale Schemata entwickelt werden, um die Wirklichkeit anschließend in das entworfene Schema zu pressen (ebd. 2008, 47).

Mit einer Diskursforschung gemäß Foucault verbindet sich mithin eine bestimmte, im Poststrukturalismus verortete postrationalistische

Erkenntnis- und Wissenschaftshaltung, die die Historizität des Denkens, der Wahrheit, der Sprache und des menschlichen In-der-Welt-Seins zur Ausgangsbasis der eigenen wissenschaftlichen Praxis macht. Wie Foucault schreibt: »Das […] Kennzeichen dieser wirklichen Historie ist schließlich, dass sie nicht fürchtet, ein perspektivisches Wissen zu sein« (Foucault 1987, 82, zit.n. Gasteiger 2008, 33). Oder um es mit Gasteiger (ebd. 33) zu formulieren: »Die Unhintergehbarkeit der Perspektivität zum Ausgangspunkt des eigenen Denkens zu machen, heißt auch mit den (heuristisch-theoretischen) Begriffen zu experimentieren. Daraus ergibt sich eine Beweglichkeit des Denkens und ein spielerischer Umgang mit der Wahrheit.«

Die Kritische Diskursanalyse hinterfragt mit ihren methodischen Instrumentarien erkenntnistheoretische Positionen der traditionellen Wissenschaften und versucht, deren Einschränkungen zu erkennen und ein Stück weit zu überwinden. Foucault schreibt (1977, 39): »Die Macht/Wissen-Beziehungen sind darum nicht von einem Erkenntnissubjekt aus zu analysieren, das gegenüber dem Machtsystem frei oder unfrei ist. Vielmehr ist in Betracht zu ziehen, dass das erkennende Subjekt, das zu erkennende Objekt und die Erkenntnisweisen jeweils Effekte jener fundamentalen Macht/Wissen-Komplexe und ihrer historischen Transformationen bilden.«

Ähnlich wie in der qualitativen Sozialforschung soll Theorie in der Logik der Diskursforschung dezentriert und gleichzeitig neu bestimmt werden. Theorie erhält dadurch einen neuen Wert, der sich von den Theorien, die mit universalistisch-rationalistischen Ansprüchen auftreten, absetzt. »Der Faden, der sich durch Foucaults vielschichtiges Werk zieht, ist die methodologische Haltung, stets neue Fragen zu entwerfen, die eigenen Prämissen zu variieren und möglichst unvoreingenommen für neue Horizonte zu bleiben, die sich im Laufe des Forschungsprozesses eröffnen können« (Gasteiger 2008, 34). Feyerabend (1977, 30, zit.n. Gasteiger 2008, 34) hat diese methodologische Haltung in der Erkenntnis- und Wissenschaftstheorie folgendermaßen ausgedrückt: »Ein komplexer Gegenstand, der überraschende und unvorhergesehene Entwicklungen enthält, erfordert komplexe Methoden und entzieht sich der Analyse aufgrund von Regeln, die im Vorhinein und ohne Rück-

sicht auf die ständig wechselnden geschichtlichen Verhältnisse aufgestellt worden sind.«

Letztlich kann von einem »Postulat der Offenheit« (Gasteiger 2008, 35) gesprochen werden. Bei Foucault verschärft sich dieses noch zu einer »Haltung der Skepsis« (ebd.), das heißt in einer Distanzierung von vorgegebenen Wissenskonstrukten. Betont wird, dass es keine Gegenstände im naturalistischen Sinne gibt, sondern diese durch bestimmte kulturelle Redeweisen und wissenschaftliche (oder pseudowissenschaftliche) Methoden erst als ein So-und-nicht-anders-Seiendes produziert werden. Betont wird zudem die Ereignishaftigkeit und Historizität des scheinbar Logischen oder Notwendigen.[5]

Eine solche relativierende Perspektive geht nicht davon aus, dass es keine Strukturen gäbe. Sie eröffnet aber durch das Aufbrechen kultureller Gewissheiten (Fortschritt, Teleologie usw.) einen unbestimmten »ZeitRaum«, mit dem neue Fragen aufgeworfen werden können, das heißt neue Interpretations- und Rekonstruktionsrahmen für die Analyse von Texten (Foucault 1997, 13).

Von einer solchen Wissenschaftshaltung ausgehend, muss die kritische Diskursanalyse unabgeschlossen bleiben. Die kritische Rekonstruktion von Diskursen bringt Diskurse hervor, die nicht *per se* einen höheren Wirklichkeitsanspruch behaupten oder Wahrheitswert beanspruchen können. Auch die interpretative und kritische Rekonstruktion von Diskursen verbleibt, wie jegliche Rekonstruktionsverfahren, in spezifischen Horizonten. Mit anderen Worten: Auch Diskursanalytikeri/-innen bewegen sich innerhalb des historischen Archivs und sind in *methodisch* erzeugten Perspektiven befangen.

Um es mit der Historikerin Elisabeth Joris zu sagen: »Wenn es so etwas wie Objektivität in der Wissenschaft gibt, dann zeigt sie sich in einer Haltung, die die Offenlegung des eigenen Standpunkts einem vermeintlichen Verzicht auf einen solchen vorzieht« (Joris 2014 in der WOZ). Es geht um ein nicht essenzialistisches, historisierendes

---

5 Siehe dazu auch die feministische Erkenntnistheorie, z.B. Harding 1994 und Haraway 1995.

Erkenntnisinteresse, das sich über die »Fähigkeit zur Reflexion, Differenzierung und gegebenenfalls auch Revision der eigenen Axiome« (Hark 2014, 56) definiert, mehr noch, das kritisch ist gegenüber sich selbst sowie gegenüber den jeweiligen Gesellschaftsverhältnissen und dem, was in ihnen lebbar ist oder nicht (vgl. Maihofer 2014).

Diskursanalytiker/-innen erzeugen spezifisches Wissen und damit zugleich auch Nichtwissen, das es zu reflektieren gilt. Die Rekonstruktion eines Diskurses ist also immer auch ein Konstruktionsakt, der wiederum andere Konstruktionen ausschließt. Diskurs ist daher immer nur als eine Vielzahl von Diskursen denkbar, er kann also nicht den Anspruch einer umfassenden Gesellschaftsanalyse formulieren, da sonst »das Perspektivische und das Kontingente der konkreten Praxis der Diskursrekonstruktion und damit die Haltung der Skepsis gegenüber den (epistemischen) Evidenzen über die Hintertür wieder durch neue, verschobene Evidenzen ersetzt werden« (Gasteiger 2008, 39). Die kritische Rekonstruktion von Diskursen bedeutet, die Welt auf eine bestimmte Art denkend zu ordnen, die immer auch selbstreflexiv hinterfragt werden muss, weil Diskurse stets auch *anders* denkend geordnet werden können.

Poststrukturalistische Wissenschafts- und Methodenkonzeptionen sehen im radikalen Hinterfragen von Objektivität und Gewissheit (auch hinsichtlich der prinzipiellen Möglichkeit von Erkenntnis) und aller ›großen Erzählungen‹ und damit auch der ›einen‹ großen Utopie ihr eigentliches Kritikpotenzial. Gleichwohl ist postmoderne Gesellschaftskritik keineswegs visionslos oder gar defätistisch. Der vierte und letzte Teil dieser Arbeit wendet sich der Frage zu, auf welche Weise Generativitätsverhältnisse besser in die feministische Theoriebildung eingebunden werden können. Ich stelle hier abschließend die Frage, inwiefern meine Interpretationen zur Feminisierung und Abspaltung von Generativität nicht ein Stück weit das Problem reproduzieren, auf das sie aufmerksam machen: nämlich die Abspaltung von Generativität in einen privaten Raum individuellen Gesundheitshandelns. Anders gesagt, geht es im letzten Teil darum, eine theoretisch ›Vision‹ zu entwickeln, die Generativität theoretisch wie politisch nicht erneut unsichtbar macht und marginalisiert.

4.4 Materialkorpus

Die Zusammenstellung des Materialkorpus ist der erste Schritt der Diskursanalyse. Im Folgenden werde ich, ausgehend von meinen Forschungsfragen, die Auswahl des untersuchten Materials begründen. Die zentrale Frage meiner Arbeit ist, auf welche Weise die Programmatik der Reproduktiven Gesundheit und Rechte im europäischen Raum Generativitätsverhältnisse biopolitisch regierbar machen. Die Textlektüre zielt darauf, die Aktualität der biopolitischen Gouvernementalität am Beispiel der untersuchten Programme zu untersuchen. Die in den bisherigen Kapiteln entwickelten Perspektiven geben bei der Analyse die Richtung vor.

Seit der Verabschiedung der Agenda von Kairo (1994) orientieren sich internationale Organisationen, Regierungen, NGOs und verschiedene Gesundheitsakteur/-innen an diesen Konzepten. Im europäischen Raum wurden sie 2001 von der WHO Europa für die europäische Situation ausgearbeitet, zugespitzt und verabschiedet (WHO *Regional Strategy for Sexual and Reproductive Health* 2001). Diese europäische Strategie für Reproduktive Gesundheit und Rechte ist eine menschenrechtsbasierte[6] Empfehlung im Anschluss an die Agenda von Kairo 1994, die sich

---

6 Die Erklärung der Menschenrechte *selbst* ist nicht völkerrechtsverbindlich. Die internationalen Menschenrechte, einschließlich der Menschenrechtsinstrumente sowohl der Vereinten Nationen als auch regionaler Organisationen, bilden ›nur‹ den Rahmen für die Ausarbeitung nationaler Gesetze. Internationale Menschenrechtsdokumente lassen sich grob in zwei Kategorien einteilen: Übereinkommen, die für diejenigen Staaten rechtlich verbindlich sind, die sie ratifiziert haben; und sogenannte internationale Menschenrechtsstandards, die als Leitlinien angesehen werden und in internationalen Erklärungen, Resolutionen und Empfehlungen verankert sind. Beispiele für die erste Kategorie sind internationale Menschenrechtsübereinkommen wie der Internationale Pakt über bürgerliche und politische Rechte (ICCPR, 1966) und der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR, 1966). Regelungen, die der zweiten Kategorie angehören (hier gehört auch Kairo dazu), sind z.B. Resolutionen der Generalversammlung der Vereinten Nationen. Diese sind zwar nicht rechtsverbindlich, doch sie können und sollten die staatliche Gesetzgebung beeinflussen, da sie einen internationalen Konsens darstellen.

auf die Region Europa bezieht und die spezifischen Probleme dieser Region adressiert.

Diese ›europäische‹ Variante der Reproduktiven Gesundheit ist bisher von der kritischen Forschung unbeachtet geblieben und ist deshalb Gegenstand der vorliegenden Untersuchung. Darüber hinaus wird das jährlich erscheinende Magazin der WHO/Europe zur sexuellen und Reproduktiven Gesundheit *Entre Nous* analysiert.[7] Im Unterschied zur Agenda, bei der es sich um ein durch die Mitgliederstaaten offiziell verabschiedetes WHO-Dokument handelt, kommen im Magazin unabhängige Expert/-innen (Ärzt/-innen, Demograf/-innen usw.) aus verschiedenen europäischen Ländern zu Wort. Das Heft richtet sich an (staatliche) Gesundheitsakteur/-innen und vermittelt Expertisen zu jeweils einem Themenschwerpunkt (zum Beispiel Fertilität, Müttergesundheit, Reproduktionstechnologien usw.).

Das Heft widerspiegelt nicht ›den WHO-Diskurs‹, zeigt aber gleichwohl ein durch die WHO vorgenommenes Framing von Themen und Fragen. Anders gesagt: Die durch die Expert/-innen formulierten Positionen werden weder als Position der WHO verortet noch distanziert sich die WHO von ihnen. Das Magazin ist eine Art erweitertes diskursives Feld rund um die *eigentlichen* WHO-Programmatiken. Die vorliegende Arbeit untersucht demnach – unter Einbezug historischer und internationaler Genealogien – das 2001 verabschiedete europäische Programm der Reproduktiven Gesundheit und bezieht dabei außerdem die ab 2001 jährlich erschienen Ausgaben des Magazins *Entre Nous* ein.

Das Hauptdokument ist wie folgt strukturiert: Im ersten Teil werden die verschiedenen reproduktiven und sexuellen Gesundheitsprobleme in der europäischen Region skizziert und die Hintergründe der Konzepte dargelegt. Dabei wird auch begründet, warum die Konzepte der sexuellen und Reproduktiven Gesundheit im europäischen Raum eingeführt werden sollen und es mehr Anstrengungen in diesen Bereichen braucht. Im mittleren Teil werden die Konzepte und Definitionen der Reproduktiven Gesundheit, der sexuellen Gesundheit und der Safe

7 Die WHO gibt *Entre Nous* gemeinsam mit dem United Nations Population Fund (UNFPA) heraus.

Motherhood ausdifferenziert. Im dritten Teil werden Ziele ausformuliert, und am Schluss geht es um die Möglichkeiten der Evaluationen und der Überwachung (der Reproduktiven Gesundheit).

Ich verstehe die internationalen Politiken der Reproduktiven Gesundheit und dabei konkret die WHO-Programme als diskursive und politische Formationen, die historisch gewachsen sind und deren Regierungsweisen ich entsprechend unter genealogischen Gesichtspunkten betrachte.

Ausgehend von den im Theorieteil entwickelten Perspektiven der Regierung (biopolitische Gouvernementalität), werden die zentralen Diskursformationen in den Blick genommen. Skizziert wird darüber hinaus auch, welche diskursiven Verschiebungen es seit der Verabschiedung der WHO-Strategie 2001 im Bereich der Reproduktiven Gesundheit – insbesondere im Hinblick auf Reproduktionstechnologien – gegeben hat. Das Magazin *Entre Nous* ist als zentrale Publikation der WHO exemplarisch, da es den Anspruch formuliert, die relevanten Themen im Feld der Reproduktiven Gesundheit an die Öffentlichkeit und die entscheidenden Akteur/-innen zu vermitteln. Daneben gibt es natürlich zahlreiche weitere Dokumente, Publikationen und Expertisen der WHO zum Thema der Reproduktiven Gesundheit, die immer wieder Erwähnung finden werden, jedoch, zwecks Eingrenzung, nicht zum systematisch untersuchten Material gehören.

Es ist nicht möglich, im Rahmen dieser Arbeit sämtliche Positionen und Diskurse der WHO oder WHO/Europe zum Thema der Reproduktiven Gesundheit zu berücksichtigen. Die Arbeit zeigt also einen Ausschnitt, sie untersucht zentrale Stränge. Viele Details und Ausästelungen müssen unberücksichtigt bleiben.

4.5 Vorgehen

Foucaults *Archäologie des Wissens* (1995) ist kein Methodenbuch im eigentlichen Sinn. Foucault überdenkt die Forschungswege seiner vorhergegangenen Studien und reflektiert über zukünftige Möglichkeiten. Dabei überprüft er die möglichen Perspektiven auf den Forschungsge-

genstand *Diskurs*, entwickelt aber keine standardisierten Vorgaben für die Umsetzung von Diskursanalysen. Mein Vorgehen stützt sich im Wesentlichen auf das methodische Schema, wie es Jäger (2004) und Teubert (2003) vorschlagen und wie es durch Bartel, Ullrich und Ehrlich (2008) konkretisiert wurde.

Ziel ist eine Rekonstruktion der Wissensordnung der WHO-Programmatik und damit zusammenhängend eine Analytik der Regierung der Generativität. Meine Forschungsfragen sind dabei Theoriegeleitet. Sie stützen sich im Wesentlichen auf das theoretische Instrumentarium Michel Foucaults zu Biopolitik und Gouvernementalität sowie dessen Erweiterungen durch die gegenwartsbezogenen Gouvernementalitätsstudien im Feld von Public Health. Ferner entwickle ich meine Forschungsfragen ausgehend von der im Theoriekapitel im Anschluss an Tellmann (2017) ausgearbeiteten Verbindung von Biopolitik und Gouvernementalität, das heißt, ich untersuche, wo und wie genau sich in den Programmen der Reproduktiven Gesundheit gouvernementale und biopolitische Regierungsrationalitäten konstitutiv aufeinander beziehen und dies mit historischen wie aktuellen kolonialen Anordnungen und Geschlechterverhältnissen zusammenhängt. Lektüreleitend ist die Frage nach dem konstitutiven Zusammenhang zwischen der biopolitischen Regulierung des Lebens (Generativität) und einer liberalen ökonomischen Rationalität, das heißt der gouvernementalen Regierung der Subjekte (Selbsttechnologien) sowie deren Vergeschlechtlichung.

Die Analyse der WHO-Programme erfolgt konkret entlang einer Makro-Mikro-Achse, die Makrodimension fragt auf der Ebene der Gesellschaft als Ganzes: Welches gesellschaftlich legitime Wissen über Generativität produzieren die Programmatiken? Und welche Machtsysteme liegen diesem Wissen zugrunde? Unter dem Gesichtspunkt des Regierens steht die Frage im Zentrum, welche direkten oder indirekten bevölkerungspolitischen (zum Beispiel Pro- oder Antinatalismus) und gesundheitlichen Ziele oder Prämissen die Programme enthalten und auf welche Weise diese generative Prozesse regierbar machen sollen. Dabei geht es auch um die Frage: Wer soll Europa reproduzieren? Welche Menschen werden eher adressiert oder ermutigt, die Bevölkerung

zu reproduzieren und zum Beispiel Reproduktionstechnologien zu verwenden? Und wer wird eher mit der Verwendung von Verhütungsmitteln adressiert? Weiter geht es auf der Mikroebene um die Frage, welche Bedeutung diese Wissensordnungen für Subjektkonstitutionen haben. Hier stehen folgende Aspekte im Zentrum. 1) Wie konstituieren die Programme das generative Subjekt? 2) Wie ist Selbstbestimmung definiert, und welche ›generativen Subjektmodelle‹ zeigen sich darin? 3) Welche Rolle spielt dabei Geschlecht bzw. auf welche Weise wird Generativität vergeschlechtlicht? Und welche Rolle spielen postkoloniale Anordnungen bzw. Ethnisierung? Abschließend richte ich den Fokus ausgehend von meinen materialistischen Ergänzungen auf die Frage der Vergeschlechtlichung und untersuche, inwiefern die biopolitische Regierung der Generativität auch auf die Ebene der geschlechtlichen Aufteilung von produktiver und reproduktiver Arbeit verweist. Und inwiefern Generativität dabei als feminisierte Gratisarbeit abgespalten und depolitisiert wird.

Gemäß der Korpus-basierten Diskursanalyse (Teubert 2003) habe ich nach einer mehrstufigen Lektüre meines Materials zentrale Schlüsselwörter und Themen herausgefiltert, die im gesamten Korpus wiederholt auftauchen und die sich als zentral erweisen, weil sie Problemdefinition und Handlungsbedarf im Feld der Reproduktiven Gesundheit für den europäischen Raum definieren. Ich habe daraus ein Kategoriensystem bzw. Schlüsselthemen erstellt und aus diesem jeweils – gemäß meiner Fragestellungen – einzelne »Diskursformationen« (Detel 2003, 188) sowie einzelne Diskurselemente herausgearbeitet. Im Anschluss an Jäger (2004) verstehe ich unter Diskursformation wiederkehrende Äußerungen zu einem Thema, das heißt Äußerungen, die diskursive Einheiten bilden, deren Hauptfunktion darin besteht, Expert/-innenwissen und Handlungsanweisungen zur Reproduktiven Gesundheit zu geben. Schließlich habe ich die analytischen Ergebnisse des Close Readings im Rahmen einer Gesamtinterpretation zusammentragen, nochmal an meine theoretischen Vorüberlegungen zurück gebunden und zum Schluss Anschlussmöglichkeiten für eine gesellschaftstheoretische Perspektive auf Generativitätsverhältnisse ausgelotet.

5. Close Reading: Die Programme der Reproduktiven Gesundheit (WHO Europe)

5.1 Das Gesundheitssubjekt: Wie Generativität zum Thema internationaler Gesundheitsakteure wird

Die ersten Bezüge globaler Gesundheitsakteure auf Geburtenzahlen und generative Fragen lassen sich in der Zwischenkriegszeit ausmachen: Ausgehend von der gesundheitspolitischen Ausrichtung auf Mütter in europäischen Ländern, werden Fragen der generativen Hygiene auch in den Kolonien relevant (vgl. Bashford 2006, 76). Internationale Gesundheitsakteure wie die *League of Nations* (LN) berufen sich in dieser Zeit zunehmend auf demografische Statistiken zu Totgeburten in den Kolonien mit dem Resultat, dass vorgeburtliche Überwachungen nahegelegt werden. Frauen in den Kolonien sollten die Regeln der *Mütterhygiene* nach europäischem Modell erlernen. Gestartet werden die ersten großen Stillkampagnen, geworben wird für die Veränderung von individuellen Gewohnheiten.

Ab den 1930er-Jahren ist eine neue Generation internationaler Gesundheitsagenten insbesondere in Südostasien unterwegs und versucht, gezielt auf die Hygienepraxen von Müttern einzuwirken.[1] Jedoch erst einige Jahrzehnte später verankern globale Gesundheitsorganisationen Geburtensteuerung als Ziel (vgl. Bashford 2006, 78). Im Zuge

1 Zur kolonialen Gesundheitspolitik siehe z.B. Amrith 2006.

der Skandalisierung des sogenannten ›Überbevölkerungsproblems‹‹[2] werden Generativität und antinatalistische Geburtenkontrolle zum Hauptziel globaler Entwicklungspolitiken und dabei auch zu einem internationalen Public-Health-Thema.

In den 1960er-Jahren integriert die WHO Familienplanung als eigenes Ziel (vgl. Bashford 2006, 78) und etabliert ein eigenes Programm zur Erforschung von Generativität, das sogenannte *Human Reproduction Program* (WHO-HRP), ein Sonderprogramm, das aufgrund einer multilateralen Zusammenarbeit den Schwerpunkt auf Verhütungsmittelforschung legte (zum Beispiel immunologische Verhütung wie Impfung gegen Schwangerschaft).[3] Diese Entwicklung zeigt die zunehmende Verankerung der Generativität als Gesundheitsthema.

5.1.1 Vom Rechtssubjekt zum Gesundheitssubjekt: Vergesundheitlichung der Generativität in den WHO-Programmen

Die entscheidende Verschiebung zur Vergesundheitlichung der Generativität vollzieht sich auf dem internationalen Parkett allerdings erst im Zuge der UN-Bevölkerungskonferenz von Kairo (Schultz 2006) und wird in den europäischen Programmen der WHO nochmal verstärkt: Rechte kommen – im Unterschied zu Kairo – praktisch nicht mehr vor. Zwar ist es das erklärte Ziel der WHO Europa, die Reproduktive *Gesundheit und Rechte* auch für den europäischen Raum und die spezifischen Probleme und Bedürfnisse dieser Region auszuarbeiten. Allerdings wird bereits im Titel des Programms der Schwerpunkt auf Gesundheit deutlich: »WHO Regional Strategy on Reproductive *Health*«.[4]

---

2 Siehe Paul Ehrlichs (1968) Schlüsselwerk zur sogenannten Überbevölkerung: *The Population Bomb*.

3 Siehe z.B. Richter 1993, Hartmann 1998, Hummel 2000 und Bhatia/Ynco 2002.

4 Wie ich in den historischen Explorationen ausgeführt habe, verwendet die WHO den Term *Reproduktive Gesundheit* bereits *vor* Kairo. Auch gründete die WHO 1978 das sogenannte Human Reproduction Programme (HRP). Insofern reicht die gesundheitliche Konnotierung von Generativität weiter zurück als die

Rechte bleiben im Titel unerwähnt. Das erklärte Ziel der WHO Europa ist es zwar in den Eingangsworten, die Reproduktive *Gesundheit und Rechte* endlich auch für den europäischen Raum und die spezifischen Probleme und Bedürfnisse dieser Region auszuarbeiten. Bereits auf den ersten Seiten wird jedoch eine Engführung deutlich, indem das Programm einschränkend formuliert, Mitgliedsländer sollten darin unterstützt werden, die Reproduktive *Gesundheit* zu verbessern. Rechte werden im Weiteren nicht mehr erwähnt (vgl. WHO 2001, i). Zwar orientiert sich die WHO Europa an der internationalen Kairo-Programmatik der Reproduktiven Gesundheit *und* Rechte (1994) – gleichzeitig setzt die WHO eigene Schwerpunkte und Definitionen und konzentriert sich auf die Reproduktive *Gesundheit*, das heißt lediglich auf einen Teilaspekt (ohne dies jedoch kenntlich zu machen).

Während also auf globaler Ebene Reproduktive Gesundheit *und* Rechte implementiert wurden, verläuft die Spezifizierung im europäischen Raum einige Jahre später verstärkt über den Topos *Gesundheit*. So heißt es: »The purpose of this document ist to provide strategic guidance to Member States […] to improve the sexual and reproductive health of their population« (WHO 2001, einführendes Abstract, o. S.).[5] Weiter bleibt – hier ist die Position der WHO formalrechtlich wie diejenige der UN-Agenda von Kairo – die Ausarbeitung von verbindlichen Gesetzen den Nationalstaaten überlassen. Die Reproduktiven Rechte wurden überhaupt nur mit der Einschränkung in die Abschlussagenda von Kairo aufgenommen, dass in Bezug auf *Rechte* jedes Land nach der eigenen gesetzlichen und kulturellen Grundlage

---

Agenda von Kairo, die die Vergesundheitlichung programmatisch und offiziell vollzog.

5 Die Begriffe »Bevölkerung« und »Bevölkerungsgesundheit« verweisen zudem auf ein bevölkerungspolitisches Kontinuum, mit denen die Aufmerksamkeit weg von ökonomischen und sozialen Bedingungen von Gesundheit hin auf die Bevölkerung *selbst* gerichtet wird (Kritikerinnen haben immer wieder gefordert, den Begriff durch ›people‹ zu ersetzen, z.B. Poland u.a. 1998). Aufgerufen wird dadurch eine makropolitische Ebene (›Bevölkerung‹). Gleichzeitig wird mikropolitisch das Gesundheitsverhalten der Einzelnen und deren Eigenverantwortung adressierbar.

handeln solle. Eine Einschränkung, die die Durchsetzungskraft der Reproduktiven Gesundheit und Rechte stark begrenzt.[6] Die Souveränität der Länder und deren Gesetzgebungen stehen über den universellen reproduktiven Gesundheitsrechten. Die Aufgabe der WHO ist es, die Rechtspolitik der einzelnen Staaten zu unterstützen: »The goal of the Strategy is to support Member States in their efforts to ensure sexual and reproductive rights« (2001, 8). Die Ausarbeitung von Gesetzen bleibt Sache der Nationalstaaten. Formalrechtlich ist die Position der WHO hier wie die UN-Agenda von Kairo. Allerdings sind *Rechte* im Sinne eines politischen Claims in den Kairo-Dokumenten präsenter und immer ebenfalls erwähnt. Dem gegenüber kommen *Rechte* in der europäischen Agenda kaum noch vor. Die Spezifizierung der Konzepte im europäischen Raum unter der Ägide einer Gesundheitsorganisation zeigt einen Prozess der Abwendung von *Rechten*. Der von Schultz (2006) für Kairo beschriebene *Gesundheitsturn* spitzt sich, so meine Analyse, im europäischen Raum zu. Rechte werden nur noch implizit, also als Teil von Gesundheit erwähnt: »*Implicit* in reproductive health are the rights of men and women to be informed of and to have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of fertility regulation of their choice, and to […] provide couples […] of having a healthy infant« (2001, 8).

Während also auf globaler Ebene Reproduktive Gesundheit *und* Rechte implementiert wurden, verläuft die Spezifizierung dieser Konzepte für den europäischen Raum über zehn Jahre später verstärkt über den Topos *Gesundheit*. Die Frage der (menschen-)rechtlichen Fundierung der Reproduktiven Gesundheit gerät in den Hintergrund. Natürlich ist dies auch dem Umstand geschuldet, dass die WHO eine Gesundheitsorganisation *ist* und ihr Auftrag entsprechend auf diesem Schwerpunkt liegt. Gleichwohl ist gerade der Umstand bedeutend,

6 So wurde z.B. Abtreibung nicht als universelles Recht festgeschrieben – und ist es bis heute nicht. Sax (1995, 102) schreibt kurz nach der Konferenz von Kairo, es sei zwar positiv, dass der Begriff der *Reproduktiven Rechte* endlich einmal schwarz auf weiß in der UN-Agenda stehe, gleichwohl sei Kairo zuallererst ein Freipass für die Mächtigen, weiterzumachen wie bisher.

dass im europäischen Raum die Spezifizierung der Reproduktiven Gesundheit und Rechte von einer Gesundheitsorganisation durchgeführt wird und der von Schultz (2006) für die Agenda von Kairo beschriebene Prozess eines ›*Gesundheitsturns* im europäischen Raum nicht nur verstetigt, sondern zugespitzt wird.

Das ›Verschwinden‹ der Rechte zugunsten von Gesundheit lässt sich im WHO-Programm (2001) an verschiedener Stelle aufzeigen: So werden Rechte zunächst vor allem im Rahmen der Definition zur Reproduktiven Gesundheit und nur implizit erwähnt. In der Definition heißt es: »Reproductive Health implies that people are able to have a responsible, satisfying and safe sex life and that they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so« (WHO 2001, 7). Rechte sind demnach in die Definition der Reproduktiven Gesundheit *integriert*. Sie bilden einen Teilaspekt und keine eigenständige Forderung.

Erst im darauffolgenden Satz werden Rechte wörtlich erwähnt. Jedoch wird der lediglich ›implizierende‹ Charakter erneut deutlich: »*Implicit* (Herv. d. Autorin) in this (in reproductive health, Anm. d. Autorin) are the right of men and women to be informed of and to have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of fertility regulation of their choice, and to appropriate health care services that will enable women to go safely through pregnancy and childbirth and provide couples with the best chance of having a healthy infant« (ebd.: 7).

Das ›Master-Ziel‹ ist Gesundheit. Dieses enthält zwar auch Rechte, jedoch haben Menschen in dieser Definition Reproduktive Rechte vor allem *im Hinblick* auf das Ziel der Gesundheit. In diesem Sinne werden Rechte durch die Ausrichtung am Gesundheitsparadigma auf einer makropolitischen Ebene eng geführt. Das Recht auf Gesundheit(-sversorgung) wird gekoppelt an *bestimmte* Gesundheitsziele. Zum Beispiel das Ziel, gesunde Kinder (»healthy infant« [ebd.]) zu gebären. Dadurch ist zum Beispiel kaum thematisierbar, welche Rechte Frauen haben, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden oder für ein ›ungesundes‹ Kind, ein Kind mit Behinderung oder mit einer Krankheit.

Durch den an Gesundheit orientierten Zugang dominieren zudem jene präventiven, individualisierenden Prämissen, die Schultz (2006) und Hartmann (1995) auch für Kairo beschrieben haben. So nennt die WHO-Agenda (2001, 8) als wichtigste Ziele die Förderung von »personal skills« und konstatiert: »Behavioural change is a key element«. Dieser gesundheitliche Fokus auf individuelle Verhaltensweisen hat einen, wie Schultz (2006) herausstellt, stark ent-politisierenden Effekt, Generativitätsverhältnisse erscheinen als Frage privater Gesundheitsentscheidungen, gesellschaftspolitische Dimensionen wie sozioökonomische Bedingungen oder Geschlechterverhältnisse geraten aus dem Blick.

Zwar hat die WHO Europa einen sehr weit gefassten Gesundheitsbegriff, Gesundheit wird definiert »[…] as a state of complete physical, mental and social wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity, reproductive health addresses the reproductive processes, functions and systems at all stages of life« (WHO Europa 2001, 7). Damit werden zwar viele Bereiche des menschlichen Lebens als Frage der Gesundheit gefasst und im Prinzip gesellschaftspolitisch thematisierbar. Allerdings leitet die WHO-Agenda aus dem weit gefassten Gesundheitsbegriff eine stark individualisierende Perspektive ab, indem einzelne Risikofaktoren – zum Beispiel Alter, Migration, Geschlecht, mangelndes Wissen, Gewalt, Geschlechtskrankheiten, HIV usw. – als Ursachen für die Häufung von bestimmten Problemen kalkuliert und bestimmten Bevölkerungsgruppen zugeordnet werden.

Solche Risikokalkulationen installieren eine Perspektive, bei der es um die Veränderung von individuellen Verhaltensweisen geht. Oder wie es die WHO Europa (2001, 16) formuliert: »People should be enabled, through information and education, to acquire and maintain behaviour that promotes their own reproductive health.« Im Vordergrund steht damit die *individuelle Selbstregulierung*. Auch andere Publikationen der WHO zur Reproduktiven Gesundheit machen dies deutlich: »[…] behavioural change is a key element to improved contraception usage« (WHO, *Entre Nous* 2011, 26). Und weiter: […] to improve contraceptive behaviour should involve utilization of a conceptual model of behavioural change, consisting of several stages, where intervention is tailored to

the distinct stage that individual women represent« (ebd., 27). Weiter heisst es: »[…] the provider centres the discussion not on methods but on the benefits gained with the change of behaviour« (ebd.).

Anschließend an die in den theoretischen Explorationen entfaltete Perspektive der gouvernementalen Biopolitik möchte ich argumentieren, dass sich in der Verschiebung zur Gesundheit eine Gouvernementalisierung abzeichnet, das heißt eine nicht juridische, nicht repressive Regierung der Generativität, deren zentrales Merkmal eine verstärkt individualisierende Anrufung von sich selbst optimierenden, rationalisierten Gesundheitssubjekten ist. Die Diskursivierung der Reproduktiven Gesundheit basiert auf wissenschaftlich-empirischen Analysen, Klassifikation und Risikokalkulationen sowie epidemiologischen Prämissen der Prävention. Diese installieren, wie ich im Anschluss an die Gouvernementalitätsstudien (Absatz 4.1.5.) argumentieren möchte, gouvernementale Prinzipien der ökonomischen Rationalität (Homo Oeconomicus) und übertragen sie auf Gesundheitshandeln und generative Prozesse. Konstituiert werden Möglichkeitsräume, in denen die makropolitischen Normalisierungsvorstellungen einer Gesellschaft in die Individuen hineinverlagert werden und Individuen sich selbst gemäß dieser Anforderungen regieren.

Das zentrale Ziel gouvernementaler Regierung ist, wie Foucault ausarbeitet, die Bevölkerung, das heißt Prozesse des Lebens (Gesundheit, Generativität, Sexualität, Sterberaten usw.) und deren Optimierung. In diesem Sinne lassen sich die Programme der Reproduktiven Gesundheit und deren (teilweise) bevölkerungspolitisch begründeten Gesundheitsziele als eine zeitgenössische Variation gouvernementaler Biopolitik beschreiben.

Ich werde im Folgenden genauer untersuchen, wo und auf welche Weise sich die rationalisierte generative Selbststeuerung – außer im beschriebenen Prozess der Vergesundheitlichung – in den Programmen zeigt. Besonders deutlich werden die gouvernementalen Subjektmodelle in der Konzeptualisierung von Selbstbestimmung (Choice).

5.2 Das Choice-Subjekt

Die Verstärkung des Gesundheitstopos in der Programmatik der WHO geht einher mit einer diskursiven Verschiebung von Rechten zur Terminologie der *reproductive choice*. *Choice* wird in der WHO-Agenda dem Titel »Field of Choice« (2001, 8-10) als das erste und wichtigste Ziel eingeführt wird, das zu erreichen die Mitgliedsländer anstreben sollten. Damit setzt sich in den europäischen Programmen der Kairo-Trend fort, die ohnehin nur als ›weiche Regeln‹ und Richtlinien implementierten reproduktiven Rechte noch mehr aufzuweichen.[7] Die Frage der (menschen-)rechtlichen Fundierung bleibt im Zuge der Choice-Terminologie letztlich sekundär. Rechte kommen zwar an einigen Stellen vor, sie sind jedoch dem sogenannten Choice-Paradigma unterstellt, das heißt, sie werden als Unterpunkte von *Choice* aufgeführt. Zu beobachten ist, dass sich der Choice-Topos – im Sinne einer ›aufgeweichten‹ Variante von Rechten – mit den individualisierenden Prämissen der Vergesundheitlichung optimal verbinden lässt.

Im Folgenden werde ich die Verwendung des Begriffs *Choice* in den WHO-Programmen rekonstruieren und dabei den Fokus auf die Frage der »Subjektmodelle« (Gräfe 2007, 214) legen. Welche *programmatischen Subjektivitäten* (Pühl/Schultz 2001)[8] bzw. Subjektanrufungen bringt die WHO-Programmatik hervor? Und welche (normativen) Annahmen über Generativität kommen darin zum Ausdruck?

---

7 Diesen Trend legt die Kairo-Programmatik selbst bereits nahe. Wie u.a. Schultz (2006) und Hartmann (1995) aufgezeigt haben, galten die Reproduktiven Rechte zwar als politischer Durchbruch, allerdings mangelte es ihnen von Beginn an an völkerrechtlicher Durchsetzungsmacht.

8 Wie ich im methodischen Teil ausgeführt habe, beziehe ich mich auf das Konzept der »programmatischen Subjektivität«, gemäß der keine Einheit zwischen Programm und Individuen behauptet werden kann. Das heißt, über die Wirkung der Programme auf die tatsächlich gelebten reproduktiven Verhaltensweisen lässt sich anhand der programmatischen Subjektivität nichts aussagen (vgl. Pühl 2008, 107).

5.2.1 Rational planen und entscheiden

»The Field of Choice« wird im Dokument der WHO (2001, 8-10) in einem längeren Abschnitt als erstes wichtiges Ziel beschrieben. Unter *Choice* werden verschiedene Dinge gefasst, zum Beispiel »to increase the knowledge of individuals and couples on their right to make free and informed choices on the number and timing of children and to promote the goal of every child being a wanted child« (WHO 2001, 8). Zentral in den Formulierungen der WHO ist das Ziel, das Wissen von Individuen und Paaren über ihr Recht auf eine freie und informierte Wahl zu steigern. Dabei geht es nicht um irgendeine Wahl, sondern um eine, die im Rahmen *bestimmter* (Verhütungs-)Informationen getroffen wird und ungewollte Kinder verhindert. *Choice* wird als »informed choice« (2001, 9) definiert, das heißt, eine selbstbestimmte Wahl basiert auf der Grundlage eines bestimmten Wissens, das den Individuen und Paaren erst beigebracht werden muss. Die Verbesserung von Wissen (über Verhütung) gilt als Voraussetzung dafür, überhaupt selbstbestimmte Entscheidungen treffen zu können. Kurzum: Selbstbestimmung meint gleichzeitig Selbst*regulierung*, das heißt die Steigerung der Kompetenzen der Einzelnen im Umgang mit sich selbst.[9]

Ein weiteres Ziel, das unter *Choice* gefasst wird, ist, die Abtreibungsraten zu senken (2001, 8). Erreicht werden soll, dass Individuen bereits *vor* dem Eintreten ungewollter Schwangerschaften verhüten. Dabei soll der Zugang zu Verhütung insgesamt verbessert werden – indem zum Beispiel dafür gesorgt wird, dass mindestens drei unterschiedliche Verhütungsmethoden angeboten werden: »Each contraceptive service point is able to explain and offers a choice of at least three different modern methods of contraception« (2001, 10). Als letzter zentraler Punkt wird empfohlen, auch vermehrt Männer zum Thema Verhütung zu involvieren – das heißt, ihre Verhütungskompetenzen zu verbessern (ebd.: 10).[10]

9 Zum präventiven Selbst siehe Lengwiler/Madarász 2014.
10 Auf Aspekte der Vergeschlechtlichung gehe ich weiter unten ein.

Insgesamt wird deutlich, dass *Choice* in der WHO-Programmatik als eine ›Verhütungs-Entscheidung‹ definiert wird, als Verhinderung von Schwangerschaft. Eine reproduktive Entscheidung ist dann eine Entscheidung, wenn sie auf der Grundlage sachkundigen Verhütungswissens *vor* dem Eintreten einer Schwangerschaft getroffen wurde. Installiert wird damit ein Begriff von *Choice*, der die Entscheidung *gegen* Fortpflanzung *vor* dem Eintreten einer Schwangerschaft meint. Auch in weiteren Dokumenten der WHO Europa zur Reproduktiven Gesundheit wird deutlich, dass unter *reproductive choice* vor allem *contraceptive choice* gemeint ist. So legt auch die Ausgabe der WHO-Zeitschrift *Entre Nous* zum Thema *Choices and Planning* (2013) ihren Schwerpunkt klar auf die Verhinderung ungewollter Schwangerschaften. Das Hauptaugenmerk richtet sich auf das Problem, dass viele Frauen im europäischen Raum nach wie vor nicht ausreichend Zugang zu Verhütungsmitteln haben: »The great diversity in service delivery modalities paints to a landscape of unequal access to EC options for European women« (WHO 2013, 11). Weiter heißt es: »We should not forget that every woman needs to be informed of the different methods available to her, their efficacy, adverse effects, interactions and eligibility requirements so she can truly exercise choice« (ebd.).

Die Expert/-innen berufen sich dabei insgesamt auf einen quantitativen Ansatz, der lautet: Je mehr verschiedene Verhütungsmittel zugänglich sind, desto eher werden sie verwendet: »Indeed, evidence shows that offering a choice of methods leads to greater use of contraception« (WHO 2013, 4). Nahegelegt wird, dass Zugang zu Verhütung und eine erhöhte Benutzung von Verhütungsmitteln die entscheidenden Indizien für ›Selbstbestimmung‹ (Choice) sind und mithin Ausdruck einer besseren Reproduktiven Gesundheit. Komplexe gesellschaftliche Zusammenhänge, die reproduktive Selbstbestimmung (Choice) ebenfalls beeinflussen, begrenzen oder ermöglichen, werden in dieser Choice-Definition ausgeblendet. Choice wird auf einzelne, leicht messbare Faktoren (Verhütungsmittelverbreitung) reduziert. Aus dem Blick gerät dadurch, welche anderen Faktoren Reproduktive Gesundheit und *Choice* beeinflussen bzw. welche *verschie-*

denen Voraussetzungen es braucht, damit für sehr verschiedene Frauen *Choice* tatsächlich möglich ist.

Fortgeführt wird in den europäischen Choice-Konzepten das antinatalistische Paradigma von Kairo und eng damit zusammenhängend eine insgesamt ›westlich‹ ausgerichtete Definition von *Choice*. Das generative Selbst wird als ein präventives Subjekt konstituiert, das vor allem Verhütungsentscheidungen trifft. Andere Dimensionen von *Choice* kommen nur marginal in Betracht. Zwar sind Fragen der sozioökonomischen Bedingungen von Reproduktiver Gesundheit im Zuge des sehr breiten Gesundheitsverständnisses der WHO insgesamt durchaus präsent. Allerdings werden diese nicht unter *Choice* oder anderen konkreten Punkten/Zielen gefasst, sondern eher beiläufig in einleitenden Worten.

Die zentrale Bedeutung von Verhütung fokussiert eine bestimmte Form der Entscheidung, die Subjekte auf der Grundlage von präventiven, vorausschauenden, planenden Skills und Verhaltensweisen treffen, und zwar auf der Grundlage von Wissen, das ihnen nahegebracht werden muss. Anders ausgedrückt: Ausgegangen wird nicht von dem, was Subjekte bereits tun, sondern dem, was sie nach erfolgter Aufklärung durch die WHO (oder durch andere) tun *sollten*. Das generative Subjekt muss aus dieser Perspektive erst in die Lage versetzt werden, freie Entscheidungen zu treffen, oder wie es die WHO formuliert: »People should be enabled, through information and education, to acquire and maintain behaviour that promotes their own reproductive health« (2001, 16).

Es zeichnet sich eine tendenziell paternalistische Perspektive ab, die nahelegt, Menschen würden erst durch die Umsetzung der WHO-Programme in die Lage versetzt, richtige, gesunde und mithin selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen. In diesem Sinne werden die WHO-Mitgliedsländer dazu angehalten, »to ensure that women receive the information they need to make informed decisions« (WHO 2013, 11). Kurzum, Frauen erscheinen als passive Empfängerinnen von Informationen – aktiv handelnde und entscheidende Subjekte sind sie erst *nach* dem Empfang dieser Informationen.

In den Diskursformationen zu Choice zeigen sich die Widersprüchlichkeiten der Reproduktiven Gesundheit: Das generative Subjekt darf alles, muss aber – auf der Grundlage eines bestimmten Wissens – *richtig* planen und richtige Entscheidungen treffen. Dieses Subjekt ist einerseits frei und selbstbestimmt und andererseits passiv und unselbstständig. Das generative Subjekt muss zum selbstbestimmten generativen Handeln erst befähigt bzw. erzogen/gebildet werden (im Englischen bedeutet ›education‹ sowohl Bildung als auch Erziehung).

Auf diese Weise kommt nur ein bestimmtes generatives Handeln als selbstbestimmt in den Blick – nämlich jenes, das optimierende Effekte auf Gesundheit und eine bestimmte Vorstellung von Familienplanung hat. Andere Dimensionen generativen Handelns können vor diesem Hintergrund nicht als *Choice*, als Wahl, als selbstbestimmt gewertet werden.

Ein solches Choice-Konzept konstituiert Familienplanung, überhaupt die Entstehung von Kindern als einen intentionalen und rationalisierten Prozess, in dem Entscheidungen nicht zuletzt auf den Zeitraum *vor* einer Schwangerschaft reduziert bleibt. ›Choice‹ meint die richtige Verwendung von Verhütungsmitteln und das richtige ›Timing‹ von Schwangerschaften mit dem Ziel, dass jedes Kind ein gewolltes Kind ist (WHO 2001, 8).

Zugrunde gelegt wird ein »positivistisches Verständnis von Autonomie« (Hirschauer u.a. 2014, 27), ein Entscheidungsmodell, das Ambivalenzen außer Acht lässt. Denn ›gewollt‹ kann in einem solchen Verständnis von Choice nur das sein, was geplant ist. Unbeachtet bleibt, dass sich eine ungewollte auch in eine gewollte Schwangerschaft verwandeln kann, wie Hirschauer u.a., Heimerl, Hoffmann und Hofmann (2014) zeigen, kann, was »plötzlich passiert ist«, einige Zeit später den Anstrich eines langfristigen Planes bekommen – oder umgekehrt: Eine geplante und gewollte Schwangerschaft kann sich plötzlich in eine ungewollte verwandeln. Das heißt, die starke Unterscheidung von geplant und ungeplant entspricht nicht den realen generativen Praxen. Hirschauer u.a. (2014, 29) zufolge ist das Schema geplant/ungeplant zu eng gefasst, denn es gibt auch die »halbgeplanten« Schwangerschaften oder die »ungeplanten – aber nicht unerwünschten« (ebd.), die

»nicht geplanten, aber auch nicht verhinderten bzw. nicht ungewollten« (ebd.), oder die »sich schicksalhaft fügenden oder »hereinbrechenden«, »dem Zufall überlassenen«, »neugierig risikierten« oder »ruhig in Kauf genommenen« (ebd.) usw. Schwangerschaften.

In der Choice-Perspektive der WHO werden reproduktive Prozesse auf ein Modell reduziert, das nicht zu berücksichtigen vermag, dass der biografische Übergang zur Elternschaft oftmals kaum mit dem klassischen Modell rationaler Entscheidung übereinstimmt. Der Übergang zur Elternschaft »kann sich ereignen, ohne dass eine Entscheidung getroffen wurde"– allerdings bedeutet das eben nicht zwangsläufig, dass eine Schwangerschaft ungeplant oder ungewollt war (Hirschauer u.a. 2014, 28). Oder wie Tazi-Preve (2013, 26) argumentiert: »Only a small number of children were planned, most are brought into the world completely »unplanned« or principally wanted, but born »too early« or »too late«. This gap between the planned and the actual reproductive behavior indicates the existence of opposition to the expansion of planning strategies which are central to the way of life in which every aspect is razionalized.«

Zudem: Indem Selbstbestimmung nur auf den Zeitraum *vor* dem Eintreten einer Schwangerschaft bezogen wird, fallen Schwangerschaftsabbrüche nicht unter ›Choice‹. Nahegelegt wird zwar, dass eine niedrige Abtreibungsrate (ein formuliertes Ziel der WHO unter Choice, 2001, 8) ein Indikator für reproduktive Selbstbestimmung sei, weil dies ein Indikator für ein ausreichendes Angebot von Verhütungsmöglichkeiten und Aufklärung sei. Eine solche Perspektive blendet jedoch aus, dass es auch bei einem flächendeckenden Verhütungsmittelangebot weiterhin zu ungewollten Schwangerschaften kommen kann und kommt. Im WHO-Choice-Konzept fällt durch diese Verengung zum einen die Notwendigkeit bzw. die Forderung nach Abtreibungsmöglichkeiten unter den Tisch, zum anderen wird Abtreibung nicht als ›reproductive choice‹, das heisst nicht als Entscheidung gefasst.

In dieser Hinsicht fallen die Choice-Definitionen der WHO hinter die Forderungen der Frauenbewegung zurück.[11]

Ähnlich wie die Gouvernementalitätsstudien für diverse Gesundheitsfelder zeigen, wird auch das Feld der Reproduktiven Gesundheit nicht über gesetzliche Regelungen oder autoritäre Anweisungen durch Expert/-innen bestimmt. Vielmehr ist es charakterisiert durch ein Vokabular der Selbstbestimmung bzw. Selbststeuerung und individuellen Gesundheitsverantwortung. Die Choice-Konzepte formulieren das Ziel einer möglichst umfangreichen Informiertheit über den eigenen Körper und mithin Kenntnis über Risiken und Prävention. Durch die Delegierung von Verantwortung an Individuen sickert ein ökonomisches Selbstverhältnis in die Subjekte ein, die Vorstellung individueller Machbarkeit.

Die Ideen der Selbsthilfe und des *empowerments* weisen widersprüchliche Elemente auf: Einerseits sind die breiten Gesundheitsdefinitionen der WHO durchaus sozialpolitisch ausgerichtet, andererseits installiert die Choice-Terminologie eine neoliberale Programmatik aktiver, eigenverantwortlicher Individuen, mit der individuelle Machbarkeit propagiert und eine neoliberale Regierungstechnologie konstituiert wird, wie sie die Gouvernementalitätsstudien im Anschluss an Foucault herausgestellt haben.[12] In den Choice-Konzepten der WHO verbinden sich Machttechnologien mit Subjektivierungsweisen, das heißt, die Regulierung von Gesundheit und Generativität stützt sich auf die Freiheit der Individuen (Nettleton 1997; Rose 2007), sich rational und präventiv für Gesundheit bzw. Verhütung zu entscheiden und z.B. auf Risikoverhalten oder nicht rationale Gewohnheiten zu verzichten (Greco 2000).

Anders gesagt, geht es in den präventiv ausgerichteten Konzeptualisierungen darum, die Individuen dazu zu bringen, *vor* dem Eintreten von Krankheit bzw. Schwangerschaft optimal auf ihre Gesundheit bzw.

---

11 Zur Thematisierung von Abtreibung in internationalen Politiken und Gesundheitsprogrammen vgl. Berer 2017.

12 Siehe Petersen/Lupton 1996; Nettleton 1997; Bröckling/Krasmann/Lemke 2000; Greco 2000; Rose 2007.

auf ihre generativen Möglichkeiten und Risiken einzuwirken. Die präventiven Prämissen reihen sich ein in die von den Gouvernementalitätsstudien beschriebene neoliberale Tendenz, Gesundheitsversorgung zurückzustellen. Indem die gesundheitlichen Verhaltensweisen der Individuen *selbst* als ökonomisierte bzw. rationalisierte Abläufe konstituiert werden, kann die gesellschaftspolitische Verantwortung entlastet werden. Schultz (2006, 72) beschreibt diese Entwicklung als einen depolitisierenden Prozess: Gesundheit und Generativität erscheinen als individuelle, private Bereiche jenseits gesellschaftspolitischer und/oder sozioökonomischer Fragen und Bedingungen.

Im Anschluss an Tellmann (2013; 2014; 2017) möchte ich außerdem argumentieren, dass die in den Choice-Konzepten nahegelegten rationalisierten generativen Verhaltensweisen auch auf eine historische Kontinuität biopolitischer Gouvernementalität verweisen: Wie Tellmann ausarbeitet, zeigt sich das Zusammenwirken von Gouvernementalität und Biopolitik historisch in bevölkerungspolitischen Krisenszenarien: Das heißt, vor dem Hintergrund der imaginierten Drohkulisse einer unlimitierten und unkontrollierten Vermehrung, einer als ›un-ökonomisch‹ imaginierten Lebens, kann das historische Auftauchen des Homo Oeconomicus, überhaupt der gouvernementalen Rationalität auch als eine Reaktion auf diese biopolitischen Szenarien gedeutet werden. Gouvernementalität ist demnach biopolitische Krisenregulation. Entscheidend ist gemäß Tellmann, dass Malthus' Ideen sich *gegen* die Vorstellungen des sozialen Fortschritts, des Wachstums und der Entwicklung richteten: Bei Malthus ist der Mensch im Naturzustand kein Homo Oeconomicus, sondern zutiefst unökonomisch und irrational. Tellmann (ebd.) folgert, dass die ökonomischen Konzept der Rationalität und des unternehmerischen Selbst vor dem Hintergrund eines ›katastrophischen Lebens‹ entstanden und die Funktion eines zivilisierenden Gegenmittels innehatten: Der Liberalismus sei mithin nicht nur Ausdruck eines Fortschritts- oder Steigerungsgedankens, sondern ebenso Ausdruck einer krisenhaften Konzeptualisierung der Bevölkerung.

Zwar machen die WHO-Programme keine Hinweise auf die Drohung von Nahrungsknappheit im Verhältnis zur Vermehrung der

Bevölkerung (oder Ähnliches). Gleichwohl durchzieht die Programme der WHO die Annahme einer möglicherweise unkontrollierten und irgendwie irrationalen Generativität, die der ›Zivilisierung‹ bzw. Aufklärung bedarf. Natürlich sind die konkreten demografischen Prognosen der untersuchten Programme nicht so extrem wie diejenigen in Malthus' Szenarien. Gleichwohl ist der Grund-Bias der Reproduktiven Gesundheit, wie Schultz (2006) am fortgesetzten Antinatalismus der Kairo-Programme aufzeigt, in Bezug auf den Globalen Süden durchaus die Drohung der Überbevölkerung. Der Bias einer (potenziell) außer Kontrolle geratenen Generativität ist auch in den europäischen WHO-Programmen präsent, auch wenn die demografischen Einschätzungen weniger explizit sind bzw. je nach Bevölkerungsgruppe unterschiedliche Szenarien aufgerufen werden, wie ich weiter unten noch ausführen werde.

Insgesamt kann die Konstruktion eines rationalisierten generativen Subjekts in den WHO-Programmen durchaus als Reaktion auf eine als unkontrolliert imaginierten Generativität interpretiert werden. Die Prämissen einer generativen Rationalität erscheinen, wie ich vorschlagen möchte, als eine ›zivilisierende‹ Gegen-Instanz gegen eine möglicherweise aus dem Ruder laufende Generativität. Dabei bilden, wie ich mit Tellmann argumentieren möchte, die negativen Thesen über Bevölkerungsprozesse – von Geschlechtskrankheiten, Müttersterblichkeit, mangelhafte Verhütungskompetenzen bis hin zu Abtreibungsstatistiken – eine konstitutive *Bedingung* der optimistischen Vorstellung der Choice-Rationalität und ökonomisierten Selbst-Regulierung. Erst vor dem Hintergrund der Drohung kann der ökonomische Mensch zu einer »Insel möglicher Rationalität« (Tellmann 2017), zum Träger eines sich selbst steuernden Willens aufgebaut werden.

Anders gesagt: Der in den WHO-Programmen aufgerufenen gouvernementalen Selbststeuerung ist das *unökonomische und unkontrollierte* Leben konstitutiv eingeschrieben. Die Figur einer katastrophischen Bevölkerung bereitet der Idee der ökonomischen Regierung von Subjekten gewissermaßen den Weg. In Tellmanns genealogischen Betrachtungen wird deutlich, dass und auf welche Weise sich ökonomische Rationalität in einem engen Verhältnis zu Bevölkerungskonzepten entwickelt.

Dieses enge Verhältnis zeigt sich heute am Beispiel der Reproduktiven Gesundheit.

5.2.2 Choice: Hintergründe und feministische Auseinandersetzungen

Die Verwendung des Choice-Begriffes in der WHO-Programmatik muss auch im Zusammenhang mit der Entstehung des Begriffs und den feministischen Auseinandersetzungen, die diese begleiten, beleuchtet werden. Im Folgenden werde ich in einem Exkurs die Geschichte von *Choice* skizzieren und im Anschluss an feministische Auseinandersetzungen aufzeigen, inwiefern *Choice* als Element einer gouvernementalen Regierungsweise auch stark ›westlich‹ geprägte Vorstellungen von Generativität und Selbstbestimmung beinhaltet.

Der Begriff *Choice*[13] stammt aus der US-amerikanischen Frauenbewegung der 1960er-Jahre, die mit dem Term *Pro-Choice* die reproduktive Selbstbestimmung der Frauen forderte (vor allem das Recht auf Schwangerschaftsabbruch, aber auch Wahlfreiheit im Bereich der Verhütung usw.). Die *Pro-Choice*-Bewegung gründet auf der liberalen Idee des individuellen Selbstbestimmungsrechts und der Entscheidungsfreiheit – bekannt geworden ist unter anderem der Claim *My Body My Choice*.

Den größten Erfolg erzielte die US-amerikanische Frauenbewegung – noch bevor *Pro-Choice* zu einer gut organisierten internationalen Bewegung wurde – mit der Legalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen 1973 in den Vereinigten Staaten. Diese ging auf das Urteil des Obersten Gerichts der USA, dem Supreme Court, im Fall Roe *versus*. Wade zurück, in dem entschieden wurde, dass während des ersten und zweiten Trimesters einer Schwangerschaft Frauen das Entscheidungsrecht über einen Schwangerschaftsabbruch haben. Die Entscheidung des Supreme Court von 1973 beschleunigte das Anwachsen von zwei ge-

13 Im Deutschen wird der Begriff meistens mit *Wahlfreiheit*, *Entscheidungsfreiheit* oder *Selbstbestimmung* übersetzt.

gensätzlichen sozialen Bewegungen zum Thema Schwangerschaftsabbruch: die *Pro-Life-* und die *Pro-Choice-*Bewegung.[14]

Der Begriff *Choice* hat lange *vor* seiner Implementierung in UN-Agenden zu grundlegenden Auseinandersetzungen in unterschiedlichen (feministischen) Kreisen geführt. Diese Auseinandersetzungen betrafen und betreffen gerade auch die nunmehr ›offizielle‹ Verwendung des Konzepts in den Programmen internationaler Organisationen und Politiken. Der Umstand, dass verschiedene feministische Begriffe und Anliegen wie *Reproductive Choice*, *Reproductive Rights*, *Reproductive Freedom* oder auch *Empowerment*[15] im Verlauf der 1990er-Jahre Eingang in UN-Agenden fanden, wurde in Teilen der Frauenbewegung als Erfolg gewertet, andererseits wurde im Zuge dieser Entwicklung auch Kritik laut. Sax (1994, 98) beschreibt die Situation nach Kairo als »Sandwichsituation«, Frauen seien eingeklemmt zwischen Vatikan und Geburtenplanerinnen. Je nach Bedarf werde ihre Situation und bestimmte Anliegen (wie zum Beispiel *Empowerment*) vereinnahmt für die päpstliche Doktrin oder für Bevölkerungsinteressen. Die UN benutze eine paternalistische Frauenfreundlichkeit zwecks Optimierung einer Bevölkerungskontrolle, auch zwecks weltmachtpolitischer Vormachtstellung gegenüber konservativen Vertretern der Weltreligionen. Letztlich ginge es – wie Sax (ebd.) schreibt – weiterhin um das Verhindern des Gebärens ›Anderer‹.

Deutlich wurde mit der Verwendung des *Choice-*Begriffs durch die UNO auch, was Schwarze Feministinnen bereits lange vor dessen Eingang in die offizielle Politik kritisierten, nämlich dass mit dem *Choice-*Konzept – trotz seines universalistischen Anspruchs – bei Weitem nicht die Bedürfnisse aller Frauen adressiert wurden.[16] Wie Smith (2005, 127) formuliert: »[…] it rests on essentially individualist, consumerist notions of ›free‹ choice that do not take into consideration all the social,

14 Zur Geschichte des Schwangerschaftsabbruchs in den USA siehe Gordon 2000.

15 Im Gegensatz zur Agenda von Kairo (1994) wird *Empowerment* in der Agenda der WHO Europa (2001) nicht verwendet. Hier ist die Rede von *enabling*.

16 Die Kritik an dem Begriff ist mittlerweile auch im feministischen Mainstream angekommen, siehe z.B. Weingarten 2012.

economic, and political conditions that frame the so-called choices that women are forced to make«. *Choice* lege nahe – so die Kritik –, dass Frauen eine Wahl haben, sofern sie die nötigen Mittel besitzen (Price 2010, 46).

Solinger (2001, 199f.) und andere stellten fest, dass der Begriff vor allem in der politischen Rhetorik weißer Frauen der amerikanischen Mittelklasse beheimatet war, die es sich leisten konnten, zu ›wählen‹. Frauen also, die durch ihren sozialen Status die Möglichkeit haben, frei darüber zu entscheiden, ob und wann sie Mütter werden wollen oder nicht. Weingarten (2012) und Smith (2005) arbeiten heraus, dass das *Choice*-Modell vor allem den Bedürfnissen privilegierter Frauen entspricht, die bereits eine Wahl, eine Auswahl an Möglichkeiten *haben*. Arme, meist schwarze Frauen waren und sind von einer solchen Wahl oft weit entfernt und vielfältigen Zwängen unterworfen. Auch waren und sind sie mit einer gesellschaftlichen Situation konfrontiert, die ihren Status als Mütter grundlegend infrage stellt, das heißt ihnen diesen Status abspricht.[17] Diese Frauen mussten und müssen – etwas vereinfacht – nicht darum kämpfen, keine Mütter sein zu müssen, sondern darum, unter widrigen Umständen überhaupt Mütter sein zu können. »Für weiße, bürgerliche Frauen gilt die Familie als Ort der Frauenunterdrückung. Für sie beinhaltet Familie einen Gegensatz zu feministischen Autonomieidealen [...]. Für schwarze Frauen kann Familie ein Ort des Widerstandes sein, denn ihnen wurde Familie in der Sklaverei oder wird Familie in der Migration oftmals verweigert« (Kaufmann 2002). Dem entsprechend besteht das emanzipatorische Anliegen vieler Frauen darin, überhaupt als Mütter anerkannt zu werden und sozioökonomische Bedingungen zu schaffen, unter denen sie in Würde Kinder großziehen können.

Als in den 1990er-Jahren die großen Bevölkerungslobbys begannen, sich für reproduktive Rechte und *Choice* auszusprechen, gründeten afroamerikanische Frauen und Frauen aus verschiedenen afrikanischen Ländern die bis heute aktive Bewegung *Sister Song*. Dem *Choice*-Konzept setzten sie das Konzept der *Reproductive Justice* entgegen, mit dem die

17 Siehe z.B. Davis 1981, Kaufmann 2002 und Ahmed 2004.

unterschiedlichen Ausgangslagen von Frauen berücksichtigt und die Idee der Wahlfreiheit um Anliegen der sozialen Gerechtigkeit erweitert wurden.

Die Kritik von *Sister Song* am Choice-Konzept ist auch eine Kritik am Ideal einer neoliberal konnotierten *Entscheidungsautonomie*, in der Menschen einfach zwischen einer Vielfalt von Optionen frei wählen können. Das Ideal der Wahlfreiheit klammert die gesellschaftlichen Bedingungen aus, unter denen Entscheidungen überhaupt getroffen werden (können). Die meisten Frauen – so die Argumentation von *Sister Song* – lebten gerade nicht unter Umständen, in denen Wahlmöglichkeit gewährleistet sei. Mit anderen Worten sei für viele Frauen die Idee der Wahl so weit von deren gelebter Realität entfernt, dass das Konzept zu einer hohlen und abstrakten Idee gerate.[18] *Sister Song* kritisiert weiter die verengende Perspektive, *Choice* auf die Möglichkeit von Abtreibung oder Verhütung zu reduzieren und nicht etwa auch zu berücksichtigen, dass für viele Frauen auch das *Recht* zentral sei, Kinder *haben* zu können. Dadurch würden viele reproduktive Themen vernachlässigt: »The choice movement was not advocating for full reproductive autonomy for all women and ending all reproductive injustices. Notably, the right to have children and families, a frontline reproductive rights issue for women of color, was not put on the same footing as the right not to« (Fried/Ross/Solinger 2013).

Diesem einseitigen Fokus stellten die Aktivistinnen des *Reproductive Justice Movement* ein Konzept der reproduktiven Gerechtigkeit entgegen, das reproduktive Rechte mit sozialer Gerechtigkeit verknüpft.

18 Für Frauen, die in einer Umgebung leben, in der es keinen Zugang zu »abortion services, decent healthcare, decent childcare, acceptable life options for […] children« (Luthra 1993, 44) gibt, entfernt sich die Idee der Wahl so weit von deren Realitäten, dass sie zu einem hohlen und abstrakten Konzept verkommt. Wenn Frauen mit Drogenproblemen oder einer kriminellen Vergangenheit zudem – wie teilweise in den USA – systematisch an bestimmte Verhütungsmittel gebunden werden, indem sie ›Bonusse‹ erhalten bzw. ihnen bei einer Verweigerung Sozialhilfeleistungen gekürzt werden (Price 2010, 58-59), kann man noch nicht einmal mehr von ›Choice‹ sprechen.

Gefordert wurde eine Erweiterung von *Choice,* die alle Elemente von reproduktiver Selbstbestimmung und Elternschaft berücksichtigt.[19] Für *Sister Song* ist soziale Gerechtigkeit ein zentrales Standbein reproduktiver Prozesse und Möglichkeiten. Loretta Ross, Mitbegründerin von *Sister Song*, schreibt (2006, 14): »Speaking of causes in common, we have to fight for the right to parent the children that we have. So when you talk about reproductive struggle, realize it's a three-way struggle: It's not just about the right to abortion and contraception. It's about the right to live a life based in human rights, a right to live life the way we choose, but also […] not only the life we choose, but to have the social supports necessary to live that life we choose, cause having choices without enabling conditions to exercise those choices doesn't make sense.« Ross (ebd.) bringt zum Ausdruck, dass Rechte nicht ausreichen, sondern es auch sozialpolitischer Anstrengungen bedarf, die *materiellen* Bedingungen herzustellen, unter denen diese Rechte oder Freiheiten überhaupt genutzt werden können.

Demzufolge reicht es nicht, Wahlfreiheit zu fordern, wenn gleichzeitig die Bedingungen, unter denen Menschen wählen, so ungleich sind (Luna 2009). Gemäß *Sister Song* muss die Forderung nach *Choice* deshalb erweitert werden mit einem Konzept, »that links reproductive rights with social justice« (Ross 2006, 18). Auch Roberts (1997, 6) folgert in diesem Sinne: »Reproductive liberty must encompass more than the protection of an individual woman's choice to end her pregnancy. It must encompass the full range of procreative activities, including the ability to bear a child, and it must acknowledge that we make reproductive decisions within a social context, including inequalities of wealth and power. *Reproductive freedom is a matter of social justice, not individual choice«*. Um es mit Price (2010, 56) zu sagen: Choice-Forderungen müssen verknüpft werden mit »economic justice, welfare reform, prison reform, the adoption and foster care systems, immigration, LGBT rights, and environmental justice«.

Choice entspringt also einer einseitigen Wahrnehmung reproduktiver Freiheit und läuft Gefahr, nur für manche Frauen zu funktionie-

19 Ausführlich siehe z.B. Luna 2009.

ren. Weiter benennen die feministischen Kritiken von *Sister Song* jene depolitisierende Entwicklung, wie sie auch von den Gouvernementalitätsstudien beschrieben wird, nämlich: Generativität wie auch soziale Reproduktion werden durch die Betonung der individuellen Wahlfreiheit und mithin Verhaltensweisen von gesellschaftlichen, politischen, ökonomischen etc. Verhältnissen entkoppelt, individualisiert und dadurch auch privatisiert (ich werde im letzten Kapitel auf der Grundlage einer materialistisch-feministischen Perspektive argumentieren, dass es auch um die Fortschreibung einer geschlechtlichen Arbeitsteilung geht).

Im Folgenden untersuche ich, welche Rolle *Choice* in der WHO-Programmatik auch in dem Sinne spielt, dass viele Bereiche der Reproduktiven Gesundheit gerade *nicht* unter *Choice*, das heißt nicht als Bereiche der freien Entscheidung, gefasst werden. Es zeigen sich, so eine These, in diesen unterschiedlichen Gewichtungen und den damit verbundenen Subjektmodellen implizite normative Ausdifferenzierungen hinsichtlich der Frage, wer sich auf welche Weise reproduzieren soll – und wer eher nicht.

5.3 Ausdifferenzierungen: Wer reproduziert Europa?

Im Unterschied zur Kairo-Agenda, die einen klaren antinatalistischen Bias (Verhütungspolitik) aufweist, richtet sich die WHO-Programmatik auch auf das Thema Unfruchtbarkeit und Reproduktionstechnologien. Direkt anschließend an den Themenbereich *Choice* (und die von mir in der Choice-Terminologie herausgestellte Gewichtung der Schwangerschaftsverhinderung) wird für die Verbesserung von »Infertility Healthcare« (2001, 6 und 16) in den europäischen Ländern plädiert. Auch in anderen WHO-Dokumenten der europäischen Region ist das Thema der Unfruchtbarkeit nach 2001 zunehmend präsent (z.B. WHO 2004; WHO 2006). Mit anderen Worten ist nicht nur die Verhinderung von Schwangerschaft, sondern durchaus auch deren *Ermöglichung* in der WHO-Programmatik präsent.

5.3.1 Infertility Healthcare

Dabei fällt auf, dass *Infertility Healthcare* nicht dem Themenfeld Choice zugeordnet ist. Die Ermöglichung von Schwangerschaft wird nicht unter *Choice* verhandelt, sondern ist vielmehr als Gesundheits- bzw. medizinisches Thema definiert. Unfruchtbarkeit wird als *Krankheit* beschrieben,[20] die behandelt werden soll, ist aber nicht dem Bereich der Selbstbestimmung oder gar Rechten zugeordnet. Dies bedeutet bei genauer Betrachtung eine indirekte Einschränkung, was den *Zugang* zu Reproduktionstechnologien bzw. zu *Infertility Healthcare* betrifft.

In der Einleitung wird Unfruchtbarkeit als ein zunehmendes Problem von *Paaren* benannt, um das sich die einzelnen Länder kümmern müssen: »It has also been suggested that a standardized approach be adopted in the management of the infertile couple. It will be necessary for countries to take steps to assess and manage the problem. The high cost of diagnostic and treatment interventions add to the need for public health efforts to prevent infertility« (WHO 2001, 6). Nahegelegt werden dabei auch Kostenübernahmen durch den Staat bzw. Krankenkassen. Gleichzeitig sind *infertility treatment* und *Assisted Reproduction Technologies* (ART) wie erwähnt nicht dem Bereich der freien Wahl (Choice) zugeordnet, sondern werden diskursiv mit medizinischer Behandlung und Forschung verknüpft (WHO 2001, 10, 23).

Die Mitgliedsstaaten werden aufgefordert, die Ursachen von Unfruchtbarkeit zu erforschen, insbesondere die Ursachen der männlichen Unfruchtbarkeit (zum Beispiel Geschlechtskrankheiten) müssten – so die Empfehlung – besser untersucht werden. Auch weibliche Unfruchtbarkeit wird erwähnt (2001, 23) und die Mitgliedsstaaten aufgefordert, die Statistik unfruchtbarer Frauen zu erheben. Das unfruchtbare generative Subjekt ist passiver als das Choice-Subjekt. Es wird von

20 Unfruchtbarkeit wird von der WHO seit 1999 als Krankheit definiert. Dies fällt zusammen mit der in diesem Zeitraum aufkommenden Diagnose einer zunehmenden Unfruchtbarkeit von Männern und Frauen in westlichen Ländern sowie mit den gleichzeitig aufkommenden technologischen Möglichkeiten, diese zu bekämpfen.

der WHO-Programmatik als ein Patient konstituiert, den es zu erforschen und zu behandeln gilt, der außerdem auch keine individuellen »Skills« erlernen oder aufgeklärt werden soll, um optimale Entscheidungen zu treffen.

Die *Ermöglichung* von Schwangerschaft wird klar auf die Behandlung von unfruchtbaren Paaren ausgerichtet und nicht mit *Choice* oder dem ›Recht auf ein Kind‹ verknüpft. Auf diese Weise ist es möglich, so meine These, die politische Frage nach dem Zugang zu Reproduktionstechnologien letztlich auszuklammern – und damit auch die Möglichkeit nicht heterosexueller oder nicht paarförmiger Generativität. Mit anderen Worten ist *Fertility Healthcare* zwar, im Unterschied zur Kairo-Agenda, Teil der Reproduktiven Gesundheit, gleichzeitig wird der Zugang dazu eingrenzend verhandelt.

Aufschlussreich ist in diesem Zusammenhang ein Blick über die Dokumente der Reproduktiven Gesundheit hinaus: Die wissenschaftlichen Teilorganisationen der WHO *Human Reproduction Research Group Europe* und *Human Reproduction Project* (HRP) haben ihren Forschungsschwerpunkt in den vergangenen Jahren von der Verhütungsforschung zunehmend auf *Fertility Healthcare* verlegt. Auch diese Verschiebung hat – soweit ich es überblicke – ohne Rekurrieren auf *Choice* oder reproduktive Rechte stattgefunden. So wurden im Jahr 2010 im Auftrag der WHO und in Zusammenarbeit mit verschiedenen internationalen Akteuren und Organisationen neue Richtlinien zu Reproduktionstechnologien formuliert (WHO 2010-2015). Diese tangieren ausschließlich wissenschaftlich-medizinische Fragen und die Behandlung von Unfruchtbarkeit als Krankheit. Kurzum, umgehen auch diese Richtlinien die Frage, wer allenfalls auch jenseits von Krankheitsdiagnosen Zugang und ein Recht auf Reproduktionstechnologien hat.

Zwar formuliert das HRP-Programm in seinem Programm zu Reproduktionstechnologien (WHO 2010-2015, 14), dass der Zugang zu ART nicht umfassend genug sei: »Assisted reproductive technologies (ART) are required to solve male factor infertility and female tubal occlusion infertility, yet complete and equitable access to infertility management is not available or affordable.« Allerdings bleibt offen, ob

und inwiefern es sich bei diesem Zugang um ein Recht handelt oder dieser Zugang Teil von *Choice* ist oder sein sollte.

5.3.2 Heterosexualisierung und Zweigeschlechtlichkeit

Generativität ist, das zeigt sich in mehreren Dokumenten am Framing von *Fertility Healthcare*, insgesamt *heterosexuell* sowie binärgeschlechtlich konnotiert. Die häufige Verwendung des Paarbegriffes steht meist in Zusammenhang mit Frauen und Männern. Auch das Problem der Unfruchtbarkeit und die Verwendung von Reproduktionstechnologien werden mit Blick auf das heterosexuelle Paar diskutiert und nicht zuletzt sind die Adressat/-innen der von der WHO empfohlenen Gleichstellungsmaßnahmen zur Ankurbelung der Fertilität Frauen und Männer in heterosexuellen Paarkonstellationen. Empfohlen wird »a general environment of equality between men and women« (Gauthier WHO Europa 2006, 9), denn als eine wichtige Erkenntnis gilt, dass die Gleichheit zwischen Männern und Frauen für höhere Geburtenraten sorgt (»to contribute to higher levels of fertility« (Gauthier, WHO Europa 2006, 9)).

Weiter heißt es: »The possibility of a thorough and correct medical investigation and diagnosis of a couple's infertility problem is today in Europe excellent, in most areas. There are hormone tests, ultrasound and x-ray more readily available, whereas 40 years ago there were hardly any of these« (Nygren/Lazdane, WHO Europa 2006, 11). Auch hier wird aufgrund der medizinischen Terminologie (»diagnosis«) deutlich gemacht, dass es um die Unterstützung ›kranker Paare‹ und um den medizinisch-technologischen Fortschritt geht und nicht um einen möglichst freien Zugang zu Reproduktionstechnologien für alle.

Exemplarisch ist in diesem Zusammenhang auch die Bildauswahl der WHO-Broschüre zum Thema Fertilität (2006). Das Cover zeigt eine Europakarte im Hintergrund. Im Vordergrund ist eine Familienkonstellation abgebildet, die ein heterosexuelles Paar – Mann und Frau – mit vier Kindern darstellt. Die abgebildeten Personen halten sich an den Händen. Der Titel der Broschüre lautet: *Low Fertility – The Future of Europe?* Die Frage nach der Zukunft ruft eine Drohung auf, insinu-

iert wird, dass die niedrige Fertilitätsrate möglicherweise die Zukunft Europas gefährdet. Durch das Bild wird ein bestimmter Familientyp als Symbolik des Zusammenhalts und einer prosperierenden Fertilität aufgerufen. Die Fertilität des heterosexuellen Paares wird in einen direkten Zusammenhang mit dem Überleben, mit der Zukunft Europas gestellt. Mit Edelman (2004) könnte man sagen, dass hier die Zukunft und das Leben *selbst* heterosexuell gefasst werden. Auch erscheint Europa durch die Bildsprache als ein Nationen-ähnliches Gebilde, nahegelegt werden eine Art *europäische* Fertilität und damit eine demografisch abgegrenzte (europäische) Bevölkerung (gegenüber dem Nichteuropäischen). Entsprechend erscheint, wie ich argumentieren möchte, ›das Europäische‹ als eine Art nationales Konstrukt, das mit der heterosexuellen Familie in einen konstitutiven Zusammenhang gebracht wird.

5.3.3 Exkurs: Reproduktionsmedizin im Fokus

Auch die EU-Politik – die sich an der WHO-Agenda und an Kairo orientiert – hat ihren Fokus in den vergangenen Dekaden verstärkt auf ›Fertility Treatment‹ gelegt und den pronatalistischen Trend verstetigt, wie sich zum Beispiel in den Empfehlungen des Europäischen Parlaments (Recommendation 1903 [2010], Para 3, zit.n. Zeller 2014, 3) zeigt: »The recommendation called upon the revision of strategy for the promotion of sexual and reproductive health and rights and stressed amongst others the importance [...] of fertility treatments« (Zeller 2014, 3).

Hier wird fertility treatement durchaus mit Rechten in Verbindung gebracht und in die Nähe eines Rechts auf Fortpflanzung gebracht, wie Zeller (2014, 4) feststellt: »Avoidance of procreation (i.e. procreative liberty in a negative sense) has been of greater significance in the framework of legal recognition as the positive right to procreate. This latter has won importance with the technical development enabling reproduction with the help of medicine.« Diese Verschiebung von einer Verhütungs- hin zu einer Wunschkind-Erfüllungs-Politik zeigt sich, wie Zeller (ebd.) ausführt, auch in Berichten der Europäischen Kommission, die Fertility Healthcare mit demografischen Zielen, das heißt mit der Anreizung von Geburten im europäischen Raum zusammenbringt

(zu den demografischen Implikationen siehe meine Ausführungen weiter unten).

Der Wunschkind-Topos ist gesellschaftlich und marktwirtschaftlich – und je nach Land – schon weiter fortgeschritten als in den offiziellen europäischen oder internationalen politischen Agenden zur Reproduktiven Gesundheit und Rechten. Viele Länder haben bereits sehr liberale Gesetzgebungen, eine Entwicklung, die wiederum neue Fragen aufwirft und kritische Reflexionen und Forschung darüber notwendig macht, inwiefern die technologische Wunschkinderfüllung und reproduktive Selbstbestimmung der einen ›zulasten‹ von anderen geht.[21]

Die von Zeller (ebd.) beschriebene Tendenz der europäischen Politik, die gesellschaftlichen und technologischen Entwicklungen aufzugreifen und Fertility Healthcare – und dabei eine Art ›Recht auf Fortpflanzung‹ – länderübergreifend in politische Richtlinien aufzugreifen und als Teil der Reproduktiven Gesundheit und Rechten zu verhandeln, wurde allerdings jüngst wieder gebremst: Im Jahr 2014 lehnte das Europäische Parlament den sogenannten Estrela Report ab, weil er zu progressiv war (gefordert wurden in dem Bericht unter anderem, Abtreibung als Menschenrecht anzuerkennen und in allen Ländern zu legalisieren, weiter wurde Sexualkunde an Schulen gefordert) (Europäisches Parlament 2013). Es wurde daraufhin ein alternativer, weitaus konservativerer Bericht angenommen, der die Kompetenzen in Sachen Reproduktive Gesundheit insgesamt wieder verstärkt in die Verantwortung der einzelnen Länder legt und praktisch keine programmatische Politik auf EU-Ebene mehr vorsieht. In diesem Sinne wurde insgesamt das Anliegen, länderübergreifende Positionen, Richtlinien oder Rechte auszuformulieren, zurückgestuft. »While the ICPD laid down the most important principles of sexual and reproductive health and rights that were followed by steps seeking a common strategy in the Council of Europe, recent developments in the European Union show us a picture of states turning their heads from a common strategy on the grounds of a

21 Z. B. die Selektion durch Präimplantale Diagnostik (PID), Abtreibung von Föten mit Behinderung, Leihmutterschaft usw., siehe z.B. Achtelik 2015, Baureithel 2014 und Weingarten 2012.

misinterpreted concept of the access to abortion and on a hypocritical aversion to education on sexual and reproductive health« (Zeller 2014, 4).

Dass Reproduktive Gesundheit und Rechte aktuell wieder vermehrt als Sache der einzelnen Länder gehandelt werden, spiegelt eine zunehmend konservative bis reaktionäre Tendenz, Generativität weiterhin ausschließlich an der heterosexuellen traditionellen Ehe festzumachen:

Many countries try to follow this scheme in their regulation on fertility treatment; consequently, exercising reproductive rights through ART is primarily protected within marriage. In all countries providing the opportunity of fertility treatments, it is indisputable that married, heterosexual couples are entitled to participation. It varies, however strongly, whether persons living in other forms of intimate relationships – or even without any partner – are allowed to take part in assisted reproduction. As states were more and more likely to accept social reality and most of the European countries legally acknowledged cohabitation as form of intimate relationship providing an alternative to marriage, cohabitating heterosexual couples became authorised to participate in ART. Provisions on single persons still vary strongly as family policies try to avoid the artificial creation of single parent families. Regulation on singles practically concerns single women, as men are not able to bring a pregnancy to term without a woman's support and surrogate motherhood is only accessible in a few countries. Singles are explicitly mentioned as authorised participants in the legal provisions of Belgium, Denmark, Finland, Greece, Hungary, the Netherlands, Spain and the United Kingdom and excluded from ART in Austria, Germany, the Czech Republic, France, Italy and Sweden (Zeller 2014, 5).

Insgesamt gibt es also widersprüchliche Tendenzen: Einerseits wird ein verstärkter (pronatalistischer) Fokus auf *Fertility Healthcare* deutlich, das heißt auf die *Ermöglichung* von Elternschaft. Dies korreliert auch mit marktökonomischen und technologischen Entwicklungen (Wunschkindkliniken, Handel mit Sperma und Eizellen usw.), die ein zunehmend lukratives Geschäft sind und eine politische Liberalisierung reproduktiver Selbstbestimmung anstreben. Gleichzeitig

zielen konservative und reaktionäre Kräfte darauf, Generativität zu retraditionalisieren und die Erweiterung reproduktiver Rechte bzw. die Erweiterung von *Choice* zu verhindern.

Aber zurück zur WHO: Insgesamt kann man sagen, dass die *Ermöglichung* von Elternschaft in den untersuchten WHO-Programmen deutlich defensiver verhandelt wird als die Verhinderung von Schwangerschaft. Zwar zeichnet sich im Zuge von Fertility Healthcare und technologisch-medizinischem Fortschrittsdenken eine Art pronatalistischer Wunschkinddiskurs ab, dieser hat jedoch einschränkenden Charakter. Er bezieht sich auf das ›kranke‹, heterosexuelle Paar. Die politische Frage nach dem Zugang wird ausgeklammert und mithin auch die kritische Diskussion über Zugang bzw. Zugangsbarrieren. Nicht zuletzt enthalten die WHO-Ausführungen auch keine Reflexion darüber, welche möglichen neoeugenischen Effekte Fortpflanzungstechnologien im Rahmen von aktuellen und/oder zukünftigen Machtverhältnissen haben (können).

In den von mir untersuchten Dokumenten werden Reproduktionstechnologien nicht oder kaum im Kontext gesellschaftlicher Machtverhältnisse eingeschätzt. Generativität erscheint dadurch insgesamt als eine Art ›natürliches‹ (weibliches) Phänomen jenseits von Gesellschaft, Macht und Politik. Generativität wird in den Diskursen über Fertility Healtcare als ein Prozess dargestellt, der mit technologischen Mitteln einfach ergänzt und stimuliert werden kann, der aber dadurch *selbst* nicht grundlegend tangiert wird. ›Menschenproduktion‹ wird auch hier als ein Politik-freies, privates Feld konstituiert. *Gleichzeitig* wird nahegelegt, Generativität verlaufe ohne politische (und technologische) Interventionen nicht optimal und bedürfe der (medizinischen) Intervention, Expertise und Erforschung.

In der WHO-Broschüre *Entre Nous* (2006) mit dem Titel *Low Fertility – the Future of Europe?* wird Unfruchtbarkeit außerdem explizit mit demografischen Szenarien verknüpft. Reproduktionstechnolgien werden dabei als geburtensteigerndes Mittel verhandelt und es werden weitere bevölkerungspolitische Ausdifferenzierungen deutlich.

5.3.4 Demografische Formationen

In der WHO-Broschüre *Entre Nous* (2006) mit dem Titel *Low Fertility – the Future of Europe?* wird Unfruchtbarkeit als Krankheit, aber auch explizit als demografisches Problem verhandelt. In der Broschüre lässt die WHO Expert/-innen (Reproduktionsmediziner/-innen, Demograf/-nnen usw.) zu Wort kommen, die Fertility Healthcare als Mittel gegen die demografische Krise in Europa einschätzen sollen: »We have invited authors, specialist in this field from academic institutions, professional associations and UN agencies to discuss the role of the health care services in increasing the birth rates« (WHO Europa 2006, 3). Zentral ist auch hier die Frage, welche Unterstützung »unfruchtbare Paare« durch Fertility Healthcare erhalten können.

Botev (WHO Europa 2006, 6) definiert die pronatalistische Intervention als eine Frage des ›Seins oder Nicht-Seins‹: »To be or not to be. This Hamletian question has been on the minds of many policy-makers in Europe.« Der Geburtenrückgang wird als existenzielles Problem dargestellt, auf das effizient reagiert werden muss. »All this raises the issue of finding the most effective and efficient ways and means to react to the dramatic demographic changes in Europe« (Botev, WHO Europa 2006, 7). Entsprechend fordern die Expert/-innen besseren Zugang zu Reproduktionstechnologien. Einerseits, um individuelle Wünsche und Ziele von Paaren zu unterstützen (»individual goals«), gleichzeitig werden diese aber auch explizit in den Dienst demografischer Ziele gestellt: »Fertility healthcare is part of the actions to increase the fertility of the population and consists of prophylactic measures and available and effective infertility treatment« (Nygren/Lazdane, WHO Europa 2006, 11).

Auch hier wird die Gleichzeitigkeit von öffentlich-politischer Intervention und Individualisierung deutlich – wenn auch die Ebene der individualisierten Eigenverantwortung insgesamt viel weniger präsent ist als beim ›Choice-Subjekt‹: Zum einen wird eine (auch ökonomische) Unterstützung von Paaren nahegelegt: »Infertility is a disability and infertile couples deserve the moral, legal and economic support of the society to attain the highest standard of reproductive health« (Nygren/Lazdane, WHO Europa 2006, 11). Gleichzeitig werden individuelle

Risikofaktoren wie das Alter von Frauen, ungesunde Lebensweisen, Stress, Übergewicht oder das Sexualverhalten der Männer thematisiert (ebd., 10). Hier werden nun auch die Männer – die sonst kaum Thema sind – relevant: Ihr Sexualverhalten wird mit der zunehmenden Verbreitung von Geschlechtskrankheiten und der dadurch verursachten Unfruchtbarkeit in Zusammenhang gebracht (ebd., 11; Botev, WHO Europa 2006, 6). Als wichtiges Ziel nennen die Expert/-innen deshalb ein gesünderes Sexualverhalten insbesondere der Männer (auch der Frauen).

Im Zuge der pronatalistischen Argumentation werden Reproduktionstechnologien als mögliche Geburtenstimulierung gepriesen: »The increasing success rates and the better availability in some countries is now reaching the level when the effects of these treatments reach a significant level also for population growth« (Nygren/Lazdane, WHO Europa 2006, 11). Unklar bleibt jedoch auch hier, *wem* genau die »treatments« zur Verfügung stehen sollen. Auch wird der Begriff *Bevölkerung* (»Population growth«) nicht weiter definiert. Es wird nicht ausgeführt, was unter ›Bevölkerung‹ überhaupt verstanden wird. Wer wird dazugezählt? Nur Staatsbürger/innen? Auch Eingebürgerte? Alle, die in einem Land zur Welt kommen? Welche Geburten werden berücksichtigt, welche nicht? Wie wird der Faktor ›Migration‹ in demografischen Prognosen berücksichtigt? Diese Fragen werden in der WHO-Broschüre ausgeklammert. Die unreflektierte Begriffsverwendung erzeugt den Eindruck einer genuinen oder ›ursprünglichen‹ europäischen Bevölkerung, die sich ›reproduzieren‹ muss und dadurch das Fortbestehen Europas sichert.

5.3.5 Ethnisierung und koloniale Kontinuitäten

Die WHO-Agenda (2001) variiert in ihren Bezügen zwischen nationenübergreifenden europäischen Gesamteinschätzungen, regionalen oder nationalen Ausdifferenzierungen und einer direkten Verortung von Problemen in bestimmten Risikogruppen. Auf den ersten Seiten der Agenda (2001) werden die Bereiche der Reproduktiven Gesundheit anhand von verschiedenen Themen- und Problemfeldern (Choice,

Fertilität, Müttersterblichkeit usw.) ausgefächert und (teilweise) an Regionen festgemacht. Im Anschluss daran ändert sich die Diskurformation allerdings dahingehend, dass nicht mehr Problemfelder, sondern Risikogruppen ausdifferenziert werden, die von bestimmten Problemen besonders stark betroffen sind – zum Beispiel »Migrant/-innen« und »Flüchtlinge« (WHO Europa 2001, 6). So heißt es zum Beispiel: »Unwanted pregnancy is common within migrants, with its attendant risks of induced abortion and obstetric complications« (ebd., 8).

Es zeichnet sich hier eine weitere biopolitische Ausdifferenzierung ab: Während manchen Bevölkerungsgruppen (das ›heterosexuelle Paar‹) mit dem Thema der Unfruchtbarkeit und einem unerfüllten Kinderwunsch in Zusammenhang gebracht werden, die es pronatalistisch zu unterstützen gilt, erscheinen andere, zum Beispiel Migrant/-innen, *ausschließlich* in Bezug auf das Problem *ungewollter* Schwangerschaft und Abtreibung. Diese Probleme wiederum werden in einigen Dokumenten auf eine unter Migrant/-innen und Geflüchteten verbreitete »konservative« Einstellung hinsichtlich Verhütung zurückgeführt: »The consequence of the conservative birth control model is the huge number of induced abortions« (Raševic/Sedlecki, WHO Europe 2006, 16). Dem entsprechend erscheinen Migrant/-innen und Geflüchtete als Zielgruppe für verhütungspolitische Interventionen. Das heißt der diskursive Schwerpunkt ist hier die *Verhinderung* von Schwangerschaft. Unerwähnt bleibt, inwiefern auch (und gerade) Migrant/-innen und Geflüchtete zum Beispiel unerfüllte Kinderwünsche haben (können) oder wie es um deren Zugang zu Reproduktionstechnologien steht usw.

Insgesamt werden Migrant/-innen und Geflüchtete in den Programmen als Risikogruppe stark pauschalisiert, zum Beispiel, indem ihnen eine allgemein vorherrschende »konservative« Einstellung attestiert wird, oder wenn Migrant/-innen und Geflüchtete allgemein als Repräsentant/-innen von besonders gravierenden Problemen wie Krankheiten und Gewalt markiert werden: »Migrants are at risk of STDs and HIV/AIDS as some of them are forced into unprotected sexu-

al relations. There is a high rate of violence against women, including sexual assault such as rape« (WHO Europa 2001, 8).

Das Thema der sexualisierten Gewalt erfährt in Zusammenhang mit Migrant/-innen und Geflüchteten besondere Beachtung und wird auch verknüpft mit dem Ziel, ›Geschlechterdiskriminierung‹ unter Migrant/-innen zu bekämpfen. So heißt es bei den Zielen weiter: »To actively address all types of gender discrimination among migrant populations, which are violations of internationally accepted gender equity rights« (ebd., 32).

Es entsteht auf diese Weise der Eindruck, (sexualisierte) Gewalt wäre vor allem in dieser Bevölkerungsgruppe ein Problem und dort zu bekämpfen. Während bei anderen dieses Problem scheinbar nicht besteht. Geschlechterungleichheit wird hier stark mit Verhaltensweisen (Einstellung, Gewalt) in Zusammenhang gebracht, während die Geschlechterungleichheit in Bezug auf die europäische Region als ein strukturelles Thema verhandelt wird (gibt es Elternzeit, können Frauen Karriere machen? Ich gehe darauf weiter unten ein).

Zwar ist der spezielle Risikostatus von Migrant/-innen und Geflüchteten durch den ausgedehnten Gesundheitsbegriff der WHO *im Prinzip* auch unter sozialen und politischen Gesichtspunkten (zum Beispiel Aufenthaltsstatus oder Diskriminierungsstrukturen) thematisierbar. Die Gesundheitsdefinitionen der WHO machen es durchaus möglich, Reproduktive Gesundheit und Migration/Flucht in einen komplexeren Rahmen zu stellen und nicht auf die Aufzählung von Statistik oder auf pauschalisierende und individualisierende Zuschreibungen zu reduzieren. Eine solche Perspektive wird jedoch in den untersuchten Dokumenten nicht eingenommen, die Risikokalkulationen zielen stark auf individuelle Verhaltensweisen.

Die Gouvernementalitätsstudien machen deutlich, dass Risikokalkulationen ein zentrales Element aktueller Gesundheitspolitiken darstellen. Risiken werden dabei nicht als objektive Bedrohungen moderner Gesellschaften betrachtet (Ewald 1993), vielmehr sind Risiken aus der Gouvernementalitätsperspektive diskursive Praktiken, mit denen gesellschaftliche Probleme in statistisch erfassbare, objektiv erscheinende Unsicherheitsfaktoren und Krankheit umformuliert werden. Die

so konstruierten Unsicherheiten erscheinen wiederum durch bestimmte Sicherheitstechnologien und Interventionsangebote als handhabbar und regulierbar.

Risikokalkulationen sind Lemke (1997) zufolge Strategien der Normalisierung. Risikotechnologien ermöglichen andere Formen der sozialen Kontrolle, die weder als repressiv noch als wohlfahrtsstaatlich integrativ zu beschreiben sind (Castel 1983; Lemke 1997). Castel (ebd.) beschreibt diese Dynamiken als eine neoliberale Logik der Verwaltung von Risiken, die auf statistischer Wissensproduktion beruht. Entsprechend dieser Logik werden in den WHO-Programmen bestimmte Gefährlichkeiten in Risiken übersetzt, die statistischen Daten (zum Beispiel ungewollte Schwangerschaft unter Migrantinnen) werden in Korrelation zu einem ›unerschwünschten‹ Verhalten gesetzt, zu Risikofaktoren erklärt und als Besonderheit objektiviert – auf dieser Basis werden Risikogruppen bzw. Populationen konstruiert (ebd.: 69) und verschiedene Möglichkeiten der Regulierung und Interventionen in Verhaltensweisen artikulierbar. Kurzum: Der besondere Risikostatus von Migrant/-innen und Geflüchteten wird unter anderem auf bestimmte Verhaltensweisen (mangelnde Verhütung, Gewalt, Diskriminierung unter Migrant/-innen usw.) zurückgeführt. So wird empfohlen, zur Verbesserung der Reproduktiven Gesundheit geschlechterdiskriminierende Verhaltensweisen *innerhalb* migrantischer Bevölkerungsgruppen zu adressieren und zu verändern.

Auf diese Weise erscheinen die Probleme von Migrant/-innen und Geflüchteten nicht zuletzt als genuin und selbstgemacht, als mitgebrachte und vorgängige Attribute dieser Gruppe – und dadurch als ›nicht-europäisch‹. Das heißt, es kommt nicht in den Blick, inwiefern bestimmte Einstellungen, Verhaltensweisen, Gewalt usw. auch und gerade im Wechselverhältnis mit Migrationsprozessen, Fluchtbedingungen, Marginalisierung und Diskriminierung (in Europa) usw. entstehen und/oder verstärkt werden. El-Tayeb (2011, 97) zufolge hat die Vorstellung, (Gender-)Ungleichheiten seien ein genuines Problem eingewanderter Bevölkerungsgruppen, den Effekt, dass westliche Länder sich am strukturellen System von (Gender-)Ungleichheiten als unbeteiligt positionieren und bestimmte Bevölkerungsgruppen als die

ganz *anderen*, als nicht zugehörig positioniert konnotiert: »It is precisely the process of ethicization that permanently defines ethnicized citizens as ›migrants‹, creating a catch-22 inevitably reinforcing the positivistic view that ethnics are, indeed, aliens from elsewhere [...]« (Chow 2002, 24, zit.n. El-Tayeb 2011, xiv). Oder wie Tuori (2009, 146) es formuliert: »Representations of migrants relate to the ways in which Europe has portrayed itself, through sexuality and gender relations, as more civilised than the rest of the world.«

Migrant/-innen fungieren als das konstitutive Außen europäischer Modernitäts- und Generativitätsideen. Nicht zuletzt erscheinen Migrantinnen und geflüchtete Frauen in den untersuchten Programmen kaum als Subjekte, sondern als Teil einer scheinbar einheitlichen Gruppe, die der Aufklärung über Verhütung und Familienplanung bedarf. Dem gegenüber werden ›europäische‹ Frauen – in einigen Dokumenten – als selbstbestimmt und fortschrittlich dargestellt. So zum Beispiel in den wiederkehrenden Verweisen auf die skandinavischen Länder, in denen Frauen als emanzipierte, moderne und berufstätige Subjekte mit optimalen Geburtenzahlen auftreten – als Hoffnungsträgerinnen für die generative Zukunft Europas so zu sagen (siehe folgendes Kapitel). Die Programme der WHO generieren eine biopolitische Makroebene, die anschlussfähig ist für normalisierende Vorstellungen über eine ›richtige‹ *europäische* Generativität und letztlich darüber, wer und wessen generative Lebensweise, um es mit Ahmed zu sagen, als »suitable reproducers of the nation« und »the reproduction of life« (Ahmed 2004, 145) infrage komme – und wer eher nicht: »The reproduction of life – in the form of future generations – becomes bound up with the reproduction of culture, through the stabilisation of a *specific* arrangement of living [...]«.

Mit Verweis auf Tellmann (2011; 2013; 2017) möchte ich argumentieren, dass sich in den beschriebenen diskursiven Formationen der WHO-Programme auch eine historische Kontinuität abzeichnet, nämlich die historische Formation einer biopolitischen Hierarchisierung des Lebens. Anhand von Malthus' Schriften zeigt Tellmann, wie ich im Theorieteil ausgearbeitet habe, inwiefern die historische Entstehung biopolitischer Gouvernementalität nicht nur auf die Steigerung, Nutz-

barmachung und Quantifizierung der Lebensprozesse zielt, sondern auch eine *Hierarchisierung* des Lebens konstituiert, das heißt eine Abstufung in lebenswertes und lebensunwertes Leben, in zivilisiertes und animalisches/unzivilisiertes Leben. Malthus' Konzeptualisierung der Bevölkerung als eine ›Drohfigur‹ ist Tellmann zufolge vor dem Hintergrund des Kolonialismus einzuschätzen: Die katastrophischen Bevölkerungsszenarien beziehen sich sowohl auf den proletarischen ›Mob‹ in den europäischen Städten als auch auf die ›Wilden‹ und ›Primitiven‹ in den Kolonien. Das malthusische Gesetz, die Drohung des Todes durch die Bevölkerungsmassen ist eine koloniale Figuration: »[…] the catastrophism of the notion of population is linked to a colonial hierarchy, which differentiates between dangerous ›savage‹ and economic ›civilized life‹« (Tellmann 2013, 136f.).

Der historische Topos der Bevölkerung ist eine koloniale Zäsur, durch die das lebenswerte vom lebensunwerten Leben hierarchisch unterscheidbar wird. Tellmann kommt zu dem Schluss, dass die Figur der krisenhaften Bevölkerung eine evolutionäre Ausdifferenzierung des Humanen in sogenannte ›Wilde‹ auf der einen Seite und in das zivilisierte (ökonomische) Leben auf der anderen vollzieht – eine hierarchische Bewertung des Lebens. Diese hierarchische Abstufung der Bevölkerung beschreibt Tellmann als Voraussetzung gouvernementaler (ökonomischer) Rationalität. Die biopolitische Regulierung der Bevölkerung und die ökonomische Regierungsrationalität verbinden sich, wie Tellmann (ebd.) herausarbeitet, historisch an der Schaltstelle der Hierarchisierung des Lebens.

Natürlich sind die WHO-Diskurse nicht in diesem malthusischen Sinne hierarchisierend. Sie machen keine expliziten Aussagen über wertes oder unwertes Leben, über ›unzivilisierte‹ Fortpflanzung oder anderes (Malthus steht noch stärker in der Tradition repressiver biopolitischer Machtformationen). Die Ausdifferenzierungen der WHO-Programme operieren vielmehr im Sinne einer modernen Normalisierungsmacht, die Subjekte und generative Verhaltensweisen an statistischen Mittelwerten misst und optimierbar macht, zum Beispiel, indem Generativität als Unsicherheitsfaktor erscheint, die

mit rationalisierten präventiven Entscheidungen kontrollierbar und optimal beeinflussbar werden soll.

Auf diese Weise erscheinen die Verhaltensweisen *bestimmter* Gruppen als wünschenswert und optimal, während andere als Abweichung erscheinen, als nicht kontrolliert genug. Die Abweichung wird zum Element der gouvernementalen Regierung, die nicht anhand von Zwang, sondern über die Regulierung eines Durchschnitts, eines *Mittelwerts* regiert, von dem aus das Akzeptable und dessen Grenzen definiert werden und die Optimierung der Abweichung möglich wird. Im Anschluss an Tellmann (2017) lässt sich gleichwohl sagen, dass es in der biopolitischen Gouvernementalität der WHO-Programme um *mehr* als um *Optimierung* geht: Das rationale generative Subjekt wird angetrieben von der Vorstellung einer Generativität, die als ein (demografischer) Unsicherheitsfaktor, als Krisenherd oder Risiko konnotiert ist. Diese Konnotation macht die WHO-Programmatik nicht zuletzt anschlussfähig für (implizite) Bewertungen darüber, wer zur Sicherung der Generativität infrage kommt und wer eher nicht. Entsprechende Tendenzen zeigen sich beispielsweise, wie ich ausgearbeitet habe, in den Diskursen zu *Fertility Healthcare* oder bei der Frage, welche generativen Entscheidungen als selbstbestimmt und mithin als ›richtig‹ bzw. als rational gelten. Nicht zuletzt zeigen sie sich, wie ich dargelegt habe, in der ungleichen Adressierung verschiedener Bevölkerungsgruppen hinsichtlich Verhütungsaufklärung und/oder Kinderwunsch.

5.4 Vergeschlechtlichung

Die beschriebenen makropolitischen Bewertungen und Normalisierungstendenzen werden in den Diskursen der WHO auch in Zusammenhang mit demografischen Prognosen und Geschlecht deutlich: So verknüpft die bereits erwähnte Broschüre *Entre Nous* (2006) die sinkenden Geburtenzahlen mit gleichstellungspolitischen Überlegungen, anders gesagt, werden Investitionen in Geschlechtergerechtigkeit unter dem Aspekt verhandelt, wie viele Kinder europäische Frauen idealerweise gebären sollen. Gleichstellung und Berufstätigkeit von

Müttern werden dabei als geburten*steigernde* Faktoren verhandelt, während eine niedrige weibliche Erwerbsrate sich gemäß den Expert/-innen negativ auf Geburtenzahlen auswirke: »[...] countries with high labour force participation rates for mothers have relatively high rates of fertility and countries with low labour force participation for mothers have low fertility« (Gauthier in WHO Europa 2006, 9).

Die Expert/-innen folgern daraus: Wer die Geburtenrate steigern will, muss Frauen fördern. Damit wird Gleichstellung zum biopolitischen Einsatz in der fruchtbaren Zukunft Europas. »[...] gender equity in the workplace and in society generally is correlated to higher fertility [...]. These agreements embrace the necessity of securing women's rights and equality and involving women in the formulation of laws and policies relating to population and development« (ebd.). Dem gegenüber wird in den Kairo-Programmen und deren Fokus auf den Globalen Süden weibliche Berufstätigkeit und Gleichstellung zwar ebenfalls positiv bewertet, jedoch als *anti*natalistischer Faktor in Stellung gebracht. Frauen sollen dort gefördert werden, weil dadurch die Geburtenzahlen *zurück*gehen (Schultz 2006).

Vorbild sind im europäischen Kontext des Geburtenrückgangs die skandinavischen Länder. Gemäß den WHO-Expert/-innen weisen sie die höchsten Geburtenraten auf. Im Gegensatz dazu wird Russland mit seiner niedrigen Geburtenrate als rückständig dargestellt: Russische Frauen leben den Expert/-innen zufolge in besonders prekären und patriarchalen Verhältnissen (Gauthier, WHO Europa 2006, 8). In diesen Diskursformationen werden sozioökonomische bzw. gesellschaftspolitische Probleme in demografische umgedeutet und bevölkerungspolitisch objektiviert, das heißt, gemessen wird der Erfolg von Gleichstellung an der Frage, wie viele Kinder europäische Frauen gebären: »It appears that the combination of the availability of high-quality childcare, extensive equitable parental leave, and a general environment of equality between men and women, work together to contribute to higher levels of fertility« (ebd., 9). Die Gleichstellung zwischen Frauen und Männern, überhaupt die Emanzipation von Frauen wird zum biopolitischen Einsatz. Die emanzipierte, ökonomisch unabhängige und berufstätige europäische Frau erscheint als generative Hoffnungsträge-

rin für die Zukunft Europas, denn sie hat – so die Einschätzung der WHO-Expert/-innen – am meisten Kinder. Entsprechend dieser Perspektive fingieren die skandinavischen Länder als ›Musterbeispiele‹, in denen die Emanzipation der Frauen, fortschrittliche Gleichstellungspolitik und stabile Geburtenraten Hand in Hand gehen.

5.4.1 Geschlecht und koloniale Kontinuitäten

Die beschriebenen demografisierenden Perspektiven der WHO-Diskurse reaktivieren einige historische und dabei koloniale Topoi, wie ich sie in den historischen Explorationen beschrieben habe. So verknüpfen die WHO-Diskurse die Gebärfähigkeit von Frauen – überhaupt weibliche Lebenszusammenhänge – teils explizit mit dem Fortbestehen der modernen Nation (bzw. Europa) und rufen dabei eine *bestimmte* Art der rationalisierten (›europäischen‹) Generativität und generativen Weiblichkeit auf.

Wie ich mit Verweis auf Tellmanns (2013; 2017) Genealogie der Bevölkerung und die Entstehung der ökonomischen Subjektanrufung (Gouvernementalität) deutlich gemacht habe, ist die Konnotation der europäischen bürgerlichen Frau als ›Generativitäts-Beauftragte‹ historisch durch die (koloniale) Figur einer drohenden, überbordenden und unzivilisierten Bevölkerung konfiguriert. Das heißt das Bild der (ökonomisch) ›fortschrittlichen‹, sich kontrolliert reproduzierenden europäischen Frau entsteht historisch unter anderem als zivilisierende Instanz gegen ein als bedrohlich imaginiertes Leben in den Kolonien. Meine These ist, dass der in den aktuellen Programmen der Reproduktiven Gesundheit wiederkehrende Topos einer kontrollierten bzw. rationalisierten Generativität (in manchen Dokumenten wird dieser auch konkret auf die ›europäische‹ Frau bezogen) bis heute angetrieben ist von der Vorstellung einer unkontrollierten Generativität im Globalen Süden. Die UNO hat im Hinblick auf die Länder des Südens ihre geburtensenkende Stoßrichtung kürzlich erneut konsolidiert, indem sie Verhütung als Menschenrecht deklarierte. Im Jahresbericht *State of World Population* 2012 des United Nations Population Fund (UNFPA) werden die Prozesse der Reproduktion mit der ökonomischen

Situation verschaltet. Dem Bericht zufolge optimiert der Zugang zu Verhütungsmitteln das Leben von Frauen – »[…] women who use family planning are generally healthier, better educated, more empowered in their households and communities and are more economically productive« (UNFPA 2012, ii) – und der Zugang entscheidet auch über den ökonomischen und sozialen Fortschritt eines Landes – besonders der ärmsten Länder: »Government and development agencies have to invest more resources to realize the individual and broader social and economic gains that can be achieved through a rights-based approach to family planning« (ebd., vii). Die Argumentationsweise des UN-Berichts folgt der Logik der Selbstbestimmung, legitimiert dabei aber auch die Direktive einer Geburten-senkenden Makroebene.

In einer vergleichenden Makroperspektive auf die internationalen Programme von Kairo zur Reproduktiven Gesundheit und jene der europäischen WHO zeigt sich, wie ich argumentieren möchte, die koloniale Kontinuitäten insofern, dass aus einer westlich vermittelten Perspektive darüber befunden wird, wo auf der Welt ›zu viele‹ und wo ›zu wenige‹ Menschen sind. Während die Kairo-Programme im Globalen Süden ›zu viele‹ Menschen ausmachen und antinatalistisch argumentieren, zeigt sich im demografischen Blick auf Europa ein Szenario der ›zu wenigen‹ (und damit verbunden eher pronatalistische Tendenzen). Diese unterschiedlichen »Dramatisierungen« (Connelly 2006) entspringen, so meine These, einer fortbestehenden (neo-)kolonialen Ausdifferenzierung des Lebens (siehe auch Rainer 2005, 284).[22]

5.4.2 Demografisierung und Geschlecht

Dabei wird die ›europäische‹ Frau wiederum *selbst* an Körperprozessen festgemacht. Der biopolitischen Gouvernementalität der WHO-Programme ist auch die Gefahr weiblicher generativer Unkontrolliertheit eingeschrieben und installiert mithin das weiblich konnotierte Ideal der sexuellen und generativen Rationalität.

22 Eine Diskussion der unterschiedlichen Metaphern und Dramatisierungen des Bevölkerungsproblems ist bei Connelly 2006 und 2008 zu finden.

Die untersuchten WHO-Diskurse stellen weibliche Lebenszusammenhänge unter die Prämissen von Gesundheit, Generativität und Demografie und installieren dabei, wie ich gezeigt habe, eine ambivalente Perspektive, die einerseits sozioökonomische Bedingungen berücksichtigt, *gleichzeitig* jedoch komplexe soziale Bedingungen von Gesundheit und Generativität individualisiert und oft stark vereinfacht: So wird in den demografischen Argumentationen ein inhärenter und naturalisierender Zusammenhang zwischen dem Status von Frauen und Fruchtbarkeit konstruiert.[23] Es wird zum Beispiel ein Zusammenhang von Einzelfaktoren wie Berufstätigkeit und Anzahl Kinder herausgestellt und damit ein stark pauschalisierendes Expertenwissen über ›die Frauen‹ in den europäischen Ländern hervorgebracht. Anders gesagt: Die vergeschlechtlichende Perspektive in den oben beschriebenen Diskursen hat den Effekt, dass komplexe Zusammenhänge pauschalisiert und in der Folge einfache Interventionen vorgeschlagen werden können.

Auf diese Weise wird Generativität operationalisierbar und teilweise mit demografischen Sollwerten verbunden. Aktualisiert wird die Vorstellung, weibliche Lebensweisen unterlägen bestimmten Zwangläufigkeiten und seien deshalb steuerbar: »Demographisierung […] argumentiert mit zwangsläufigen Abläufen, unabwendbaren Folgen, und mit diesen Begründungen verengt sie den Raum für soziale Aushandlungsprozesse« (Barlösius/Schiek 2007, 27). Im Anschluss an Barlösius‹ Thesen zur *Demographisierung* lässt sich festhalten, dass einige WHO-Diskurse gesellschaftlich komplexe Verhältnisse in demografische Probleme umdeuten und damit nahelegen, diese seien durch die Steuerung individueller generativer (weiblicher) Verhaltensweisen kontrollierbar (ebd.).

Frauen erscheinen in den WHO-Programmen als generative Subjekte, die einerseits individuell, selbstbestimmt und emanzipiert handeln. Andererseits sind sie dabei auch demografische Schlüsselfiguren internationaler Fortpflanzungspolitiken. Sie werden zum »öffentlichen

23 Zur Vergeschlechtlichung von demografischen Diskursen siehe auch Watkins 1993.

Ort« (Duden 2007). Aktualisiert wird ein historisches Motiv der bürgerlichen Geschlechterordnung, das die individuelle Gebärfähigkeit von Frauen mit dem Fortbestehen der Nation (bzw. Europas) verbindet, ein paradoxes Verhältnis von Privatheit und Öffentlichkeit, das Generativität und die ihr zugeschriebenen Attribute wie Körper, Biologie, Natürlichkeit, Weiblichkeit, Mutterschaft und Mütterlichkeit usw. einerseits auf das Private reduziert und dorthin ›verbannt‹ und sie gleichzeitig zum Gegenstand öffentlicher Interessen und Intervention macht. Bezeichnend ist in diesem historisch tradierten Geschlechtermodell auch, dass weibliche Biografien, Frausein überhaupt mit Generativität gleich gesetzt bzw. umgekehrt Generativität mit Weiblichkeit gleichgesetzt wird. Im folgenden und letzten Punkt meines Close Readings werde ich am Beispiel der Safe-Motherhood-Diskurse die Dimension der Vergeschlechtlichung genauer beleuchten.

5.4.3 Safe Motherhood

Eng anschließend an das Thema *Choice* führt die WHO (2001, 11) *Safe Motherhood* als eigenständigen Punkt unter dem Titel *The Field of Safe Motherhood* ein. Dieser Bereich wird – wie *Fertility Healthcare* – ebenfalls *nicht* als Teil von *Choice* behandelt.

Die WHO beschreibt zunächst, dass es seit Kairo verschiedene Programme gab, die versucht haben, Schwangerschaft weltweit sicherer zu machen. An vielen dieser Programme war die WHO beteiligt: 1999 hat sie eigens ein Kabinett zu dem Thema eingerichtet, das die Initiative *Making Pregnancy Safer* (MPS) gründete mit dem Ziel, weltweit Müttersterblichkeit zu verringern. Das MPS-Programm zeigt das verstärkte Engagement der WHO und wurde der globalen *Safe Motherhood Initiative* (SMI) angeschlossen (die SMI ist eine koordinierte Initiative der großen bevölkerungspolitischen Agenturen[24]). Schultz (2006, 230-280) hat diese Initiative, die sich vor allem auf den Globalen Süden bezieht,

---

24 Die *Safe Motherhood Initiative* wurde 1987 lanciert. Mitglieder sind: Weltbank, UNFPA, UNICEF, WHO, Population Council und International Planned Parenthood Federation (IPPF).

eingehend und kritisch untersucht und dabei deren fortbestehende antinatalistische Prämissen herausgearbeitet.

Die WHO Europa argumentiert nun in ihrer Strategie, dass Safe Motherhood auch für die europäische Region ein Thema sein muss, da vor allem in östlichen Ländern auf 100 000 Schwangere noch immer 40 Frauen sterben (verglichen zur EU, wo es nur zehn sind). Der WHO zufolge hat dies sowohl mit unsicheren Abtreibungsmöglichkeiten als auch schlechter medizinischer Versorgung zu tun und formuliert folgende Ziele: »Safe motherhood aims at attaining optimal maternal and newborn health. It implies reduction of maternal mortality and morbidity and enhancement of the health of newborn infants through equitable access to primary health care, including family planning, prenatal, delivery and postnatal care for mother and infant, and access to essential obstetric and neonatal care« (WHO 2001, 7).

Unter *Safe Motherhood* fallen also nicht nur Schwangerschaft und Geburt, sondern auch Kindersterblichkeit und die Versorgung des Neugeborenen. Bemerkenswert ist, dass *Safe Motherhood* ebenfalls *nicht* als Teil von *Choice* gefasst wird (ich habe weiter oben beschrieben, inwiefern *Choice* auf die Zeitspanne *vor* dem Eintreten einer Schwangerschaft bezogen wird). Anders ausgedrückt: Sind Frauen erst einmal schwanger, scheinen Selbstbestimmung und freie Wahl nicht zentral. Die Schwangere ist nicht Akteurin oder Subjekt von Entscheidungen. Indem Schwangerschaft und Mutterschaft nicht mit der Choice-Thematik verknüpft werden, fällt das Thema Abtreibung erneut unter den Tisch. Zwar wird erwähnt, dass Frauen an der Folge von unsicheren Abtreibungen sterben (können), daraus wird allerdings nicht abgeleitet, hier mehr Selbstbestimmung und sichere Schwangerschaftsabbrüche zu ermöglichen (bedeutsam gemacht werden vielmehr die Punkte *safe pregnancy*, *childbirth* und *healthy children* [WHO 2001, 7]).

Weiter fällt auf, dass Schwangere als Mütter adressiert werden. Mit der Wortwahl *Motherhood* wird eine soziale Zuschreibung vorgenommen. Mutterschaft, so wird nahegelegt, beginnt bereits während der Schwangerschaft. Aus dem Blick gerät damit, dass Frauen sich zu sehr unterschiedlichen Zeitpunkten einer Schwangerschaft als ›Mütter‹ wahrnehmen. Manche auch gar nicht – sei es, weil sie beispielsweise

als Leihmütter tätig sind, sei es, weil eine Schwangerschaft ungewollt ist und ein Abbruch oder eine Adoption bevorsteht, sei es, weil es sich um Transpersonen handelt, sei es aus anderen Gründen.

Dem gegenüber konstruiert das WHO-Programm einen inhärenten und zu jedem Zeitpunkt einer Schwangerschaft bestehenden Zusammenhang zwischen Schwangerschaft und Mutterschaft/Muttergefühlen. Dadurch entsteht eine Perspektive, mit der zum einen Schwangerschaft und Mutterschaft automatisch in eins fallen – wer schwanger ist, ist auch eine Mutter. Zum anderen zeigt sich eine Engführung von Mutterschaft, Schwangerschaft und Geburt auf einen körperlichen Zustand, auf biologisch-medizinische Aspekte (*access to healthcare*). Sozioökonomische Bedingungen von Schwangerschaft wie von Mutterschaft sowie Geschlechterverhältnisse geraten hier aus dem Blick. Auch wird Schwangeren Mutterschaft und damit auch Weiblichkeit unmittelbar auf den Leib geschrieben: Schwangere *sind* Mütter und mithin *Frauen*.[25] Generativität wird als eine genuin weibliche Sphäre konstituiert. Durch die enge Verkettung von Schwangerschaft, Mutterschaft und Säuglingssterblichkeit wird zudem die Verantwortung für Neugeborene auf die Schwangere enggeführt – ohne diese gleichzeitig mit Fragen der Selbstbestimmung (*Choice*) zu verbinden.

Die WHO-Programme sind also, was die Verwendung von Choice betrifft, widersprüchlich. Sie zeigen einerseits einen Wandel in Bezug auf Geschlechterkonstruktionen, zum Beispiel wenn es um Bereiche wie Verhütung geht und weibliche Entscheidungsfreiheit und Selbstbestimmung proklamiert wird. Der weibliche Körper wird nicht mehr auf gleiche Weise objektiviert wie zu Beginn der Moderne. Andererseits zeigen einige Diskursformationen wie *Safe Motherhood* oder auch die demografischen Diskurse der WHO eine (historisch persistente) Feminisierung der Generativität und damit verbunden die Konstruktion naturalisierter Mutterschaftsbilder.

In Zusammenhang mit der diskursiven Verstärkung des Gesundheitsfokus (Verschiebung von Rechten zu Gesundheit), die ich im ersten

---

25 Im Zuge *fluider* und *trans*-Genderidentitäten ist diese Gleichsetzung keineswegs selbstverständlich.

Teil der Analyse herausgearbeitet habe, wird in der biopolitischen Regierung auch eine bestimmte bürgerliche Sphärentrennung – das heißt eine bestimmte geschlechtliche Arbeitsteilung – deutlich: Generativität wird als Teil der sogenannten reproduktiven Sphäre in einen individualisierten, das heißt privaten Raum abgespalten und Frauen zugeschrieben.

Frauen werden zwar in den WHO-Diskursen – im Unterschied zu traditionellen Vorstellungen – ebenfalls der ›Wirtschaftsweise‹, der Produktionssphäre zugeordnet und als Erwerbssubjekte angerufen, gleichwohl wird die Logik der Sphärentrennung dadurch nicht infrage gestellt bzw. sogar verstärkt: Gerade *weil* Frauen als emanzipierte und individualisierte Subjekte angerufen werden, kann ihnen der Auftrag der Generativität (der reproduktiven Arbeit) auch weiterhin zugeschrieben werden und letztlich der Bereich der Generativität insgesamt als weibliche Sphäre konnotiert werden. Die Konzepte der reproduktiven Selbstbestimmung verlagern mithin nicht nur die bevölkerungspolitischen Makroebenen der Geburtensteuerung und biopolitischen Ausdifferenzierungen in die Individuen hinein, sondern auch eine geschlechtliche Arbeitsteilung. Das heißt, einerseits zeigt sich in der programmatischen Anrufung der Entscheidungsfreiheit eine Flexibilisierung generativer und geschlechtlicher Subjektivierungsweisen, in der Weiblichkeit und Generativität auch mit dem Erwerbsbereich kompatibel gemacht werden. Gleichwohl wird im Kleid der freien Entscheidung und Gesundheitsoptimierung generative Verantwortung an Frauen delegiert und Generativität zum Gegenstand politischer Interventionen und Regulierung.

Die WHO konstruiert Generativität einerseits als individualisierten/privatisierten und nicht zuletzt feminisierten Bereich. Andererseits wird Generativität gerade dadurch zum Gegenstand (geschlechter-)politischer Interventionen (wie zum Beispiel Gleichstellungspolitik).[26] Generativität wird individualisiert *und* zum Gegenstand öffentlicher Regulierung. Diese scheinbar widersprüchliche Gleichzeitigkeit von öf-

26 Zum Verweisungszusammenhang von Generativität und Geschlecht siehe auch Heitzmann 2017.

fentlicher Regulierung und Privatisierung spiegelt ein Verhältnis von Privatheit, Öffentlichkeit und geschlechtlicher Arbeitsteilung, das für die bürgerliche und kapitalistische Geschlechterordnung charakteristisch ist (Trallori 1998).

5.5 Biopolitische Gouvernementalität und Materialismus

Ich möchte zum Abschluss meiner Analyse vertieft auf die Aspekte der Vergeschlechtlichung eingehen und – im Anschluss an die in den theoretischen Explorationen entwickelten Perspektiven – die biopolitische Interpretation der WHO-Programme mit einer materialistischen Perspektive verbinden.

Die Programme der Reproduktiven Gesundheit formulieren Paradigmen der Selbstbestimmung und der individuellen Entscheidung. Gleichzeitig zeigt sich, wie ich argumentieren möchte, das Kontinuum einer binär-hierarchischen Geschlechteranordnung, in dem Generativitätsverhältnisse als eine weibliche Domäne naturalisiert und in einer privaten bzw. individuellen (Gesundheits-)Sphäre angesiedelt werden.

Die Gleichsetzung der Domäne der Generativität mit Weiblichkeit bleibt, wie ich aufgezeigt habe, in der Gesundheits- und Choice-Programmatik insgesamt bestehen. Generative Verantwortung wird feminisiert und individualisiert. Anders gesagt: Generativität wird zwar als ein Thema von gesellschaftspolitischem Interesse adressiert, verschwindet jedoch durch den Fokus auf das individuelle Gesundheitshandeln wiederum von der politischen Bühne und wird aus sozioökonomischen Zusammenhängen herausgelöst.

Die Programmatik der Reproduktiven Gesundheit untermauert die Trennung zwischen einer Sphäre der Reproduktion bzw. Generativität und einer Sphäre der Produktion und die mit dieser Trennung verbundene geschlechtliche Arbeitsteilung, bei der Generativität als unbezahlte, weibliche Privatdomäne jenseits von marktwirtschaftlichen und politischen Prozessen erscheint (jedoch gleichwohl regulierbar gemacht wird). Die untersuchten Gesundheitsprogramme aktualisieren also jenen für die kapitalistisch-patriarchale Gesellschaft Struktur-gebenden

Mechanismus, wie er von materialistisch-feministischen Theorien vielfältig herausgestellt worden ist: Generativität wird abgespalten und (als Gratisarbeit) feminisiert.

Ausgehend von einer materialistischen Perspektive, möchte ich argumentieren, dass die im Close Reading herausgestellte Feminisierung und Individualisierung die Abjektion von Generativität in einen vorgesellschaftlichen (naturalisierten) Bereich gewährleistet und mithin legitimierbar wird, dass Generativität auch weiterhin gratis – aus Liebe – erledigt wird. Generativitätsverhältnisse werden zum weiblichen Lebenszusammenhang gemacht. Aktualisiert wird die Abjektion von Generativitätsverhältnissen, die, wie Scholz (2011) ausarbeitet, eine *Voraussetzung* von kapitalistischen Produktionsweisen darstellt.

Um nochmal Beer zu zitieren: »Eine (kapitalistische) Marktökonomie kann nur dann profitabel und rational arbeiten, wenn sie keinerlei Verantwortung für die gesellschaftlich-individuelle Reproduktion von Frauen und Männern zu übernehmen braucht, die über die Lohn- oder Gehaltszahlung hinausgeht« (1990, 24). Beer spricht eine spezifische Konstellation der kapitalistischen Produktionsweise an, die sich als Blindheit des Kapitals gegenüber den eigenen Existenzbedingungen charakterisieren lässt. Die lebendige Arbeitskraft wird zur Reproduktion des Kapitalverhältnisses gebraucht. Die Sicherstellung der Reproduktion dieser Arbeitskraft wird jedoch weitgehend aus dem Kapitalverhältnis ausgelagert.

Mit einem materialistisch-feministischen Ansatz lässt sich die in den WHO-Programmen deutlich gewordene individualisierende Responsibilisierung der Frauen für Generativität auch im Sinne einer Abjektion der reproduktiven Sphäre interpretieren, die mit Dynamiken kapitalistischer Produktionsverhältnisse verbunden ist.

Hier lässt sich auch der Bogen zu Tellmann (2017) spannen: Die Konzepte der Reproduktiven Gesundheit aktualisieren nicht zuletzt ein neomalthusisches Kontinuum, das Bevölkerung als potenziell krisenhaft (als Risiko) und dabei auch als ökonomisches Problem konstruiert. Das sich rational reproduzierende (weibliche) Subjekt wird diesen Risikoszenarien gegenüber als eine zivilisierende Gegeninstanz installiert. Die Programme konstituieren eine Art gesundheitliche und weibliche

Variante des *Homo Oeconomicus*, die liberale Figur eines *Healthy Homo Oeconomicus*, die eigenverantwortlich und rational planend die eigene generative Gesundheit und Anzahl Geburten managed und damit zum Ziel eines bestimmten (auch ökonomisch vernünftigen) Bevölkerungsoptimums beiträgt.

Die Programme der Reproduktiven Gesundheit konstituieren eine generative weibliche Subjektivität, die ein optimales, gesundes generatives Verhalten ›erlernen‹ soll und dadurch die Risiken der Bevölkerungsprozesse (und deren ökonomische Auswirkung) kontrolliert. Dieses generative Subjekt soll idealerweise das (möglicherweise) aus dem Ruder laufende Leben zivilisieren und Generativitätsprozesse auch im Sinne ökonomischer Interessen rationalisieren.

Nicht zuletzt soll dieses Subjekt, hier verbindet sich die Biopolitikanalyse mit materialistischen Perspektiven, die ›Gratisarbeit Generativität‹ übernehmen. Auch die Identifikation der generativen Subjekte mit Mutterschaft, jener naturalisierte Verweisungszusammenhang von Generativität, Weiblichkeit und Mutterschaft, gehört zu einer optimalen Voraussetzungen für Ökonomie und Politik.

6. Schlussworte und Ausblicke

In dieser Arbeit habe ich auf der Grundlage einer kritischen Diskursanalyse die internationalen Programme der Reproduktiven Gesundheit und Rechte analysiert und dabei den Fokus auf deren Konkretisierung durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) für den europäischen Kontext gelegt. Forschungsanleitend war auf der Makroebene die Frage, welches Wissen über Generativität und welche politischen Stoßrichtungen die Programme hervorbringen und auf welche Weise dadurch Generativitätsverhältnisse regulierbar gemacht werden. Kurz: Welche makro(-demografischen) Strategien der Bevölkerungsregulierung werden in den Programmen deutlich? Auf der Mikroebene habe ich die Programme als Terrain individualisierender gender- und gesundheitspolitischer Aushandlungen analysiert und gefragt, welche ›generativen Subjektmodelle‹ sie konstituieren. Im Folgenden fasse ich die wesentlichen Erkenntnisse nochmal zusammen und gehe zum Schluss darauf ein, welche Rückschlüsse sich daraus für die geschlechtertheoretischen Debatten über Generativitätsverhältnisse ziehen lassen.

6.1 Resümee

Für meine Fragen war zunächst grundlegend, eine historische Exploration von internationalen Gesundheits- und Bevölkerungspolitiken vorzunehmen. Denn zum Unternehmen einer kritischen Rekonstruktion von Diskursen gehört die (archäologische und genealogische) Beschäftigung mit deren Geschichte: Wie entsteht die *Bevölkerung* als Figur und

wird Gegenstand von Politik? Wie hängt dies mit der Entstehung von Gesundheitspolitik (*Public Health*) zusammen und welche Rolle spielt dabei Geschlecht? Die historischen Rekapitulationen haben gezeigt, dass die gegenwärtigen Konzepte der Reproduktiven Gesundheit in einem sowohl globalen als auch komplizierten Macht-Wissen-Komplex zu verorten sind. Sie bilden eine Schnittstelle verschiedener Debatten, Wissensgenealogien und gesellschaftlicher Macht- und Herrschaftsverhältnisse (Gesundheitspolitik, Bevölkerungspolitik, Geburtenkontrolle, Geschlechterverhältnisse, Kolonialismus usw.).

Diese Komplexität hat verschiedene methodische wie auch theoretische Perspektiven nötig gemacht: Während das Kernstück dieser Arbeit – das *Close Reading* der WHO-Programmatik – diskursanalytisch vorgeht, habe ich im Verlauf der Arbeit außerdem staatstheoretische, machtanalytische wie auch wissenschaftskritische und Akteur/-innen-zentrierte Ansätze verfolgt.

Der Ausgangspunkt meiner Arbeit war – im Anschluss an die Arbeit von Susanne Schultz (2006) – die Feststellung, dass die Verabschiedung der Reproduktiven Gesundheit und die Reproduktiven Rechte in Kairo (1994) bevölkerungspolitische Verschiebungen eingeleitet hatte: Geburtensteuerung wurde offiziell abgeschafft, allerdings blieb der *antinatalistische* Bias in der Agenda von Kairo bestehen. Auf der Grundlage von Gesundheitsargumenten wurde nun eine Bevölkerungspolitik durch die Hintertür betrieben. Frauen wurde und wird nahegelegt, freiwillig weniger Kinder zu bekommen, weil es gesünder sei.

6.1.1 Die Politik der Weltgesundheitsorganisation: Erweiterte Staatlichkeit und globale Gouvernementalität

Ausgehend von dieser Situation, interessierte mich die Frage, wie die Reproduktive Gesundheit und die Reproduktiven Rechte im europäischen Raum konzeptualisiert werden. Denn im Unterschied zur Kairo-Agenda ist die europäische Version (umgesetzt von der WHO) bisher nicht (herrschafts- und machtkritisch) untersucht worden. Zunächst war es notwendig, die WHO als politische Akteurin fassbar zu machen. Im Anschluss an politikwissenschaftliche Konzepte von Suprastaatlich-

keit bzw. erweiterter Staatlichkeit habe ich die WHO als eine internationale Politikform definiert, die über die Regierungsweise souveräner Staaten hinausgeht, die aber gleichzeitig eng mit souveränen Staaten interagiert. Die *Global Governmentality Studies* haben mir zudem Ansätze geboten, die Politik der WHO als Regulierungsnetzwerk zu begreifen, das aus einem Zusammenwirken aus supranationalen Institutionen/Organisationen, nicht staatlichen und staatlichen Akteuren sowie der Zivilgesellschaft besteht. Diese Netzwerke haben zwar keine rechtssouveräne Geltung, allerdings übernehmen Akteure wie die WHO Kompetenzen, die zuvor bei den Nationalstaaten lagen. Das verändert wiederum die Bedingungen staatlichen Handelns und wirkt sich transformierend auf die bestehenden Nationalstaaten aus (Hirsch 2005). Mit Kelly (2013) und Hirsch (2005) wurde klar, dass Politiken wie jene der WHO keine *eigene* Sphäre im Gegensatz zur nationalstaatlichen Sphäre bilden. Sie heben das einzelstaatliche System nicht auf, sind nicht »something in addition to the sovereign states […], but on the contrary presuppose the prior existence of sovereign states to agree to it« (Kelly 2013, 12). Durch die multiplen, dezentralen Vernetzungen und Kooperationen entstehen aber *erweiterte* »globale Führungsdispositive« (Demirovic 1997, 259), transnationale Kräfteverhältnisse von Staatsapparaten und nicht staatlichen Akteuren.

Weiter habe ich die Akteursebene mit einer an Foucault orientierten Regierungsperspektive der Gouvernementalität ergänzt: Dadurch konnte ich die *Wirkungsweisen* der WHO theoretisieren, die sich über die Durchsetzung bestimmter Wissensregime vollziehen und dabei regulierende Wirkung auf gesellschaftliche, aber auch staatliche Dynamiken, Diskurse und Praktiken haben. Mit Foucault habe ich zudem die Ebene der Akteure erweitert und gefragt, welche Machtformen bzw. Regierungs*techniken* die suprastaatlichen Politikformen aufweisen – und wie diese mit der Produktion von Wissen einhergehen. Mit einem solchen Zugang lässt sich die WHO und ihr wichtigstes Regierungsinstrument – das Programm – am besten verstehen.

Dazu habe ich die Machtanalytik von Foucault im Sinne einer postjuridischen, das heißt einer an nicht restriktiven Formen der Macht orientierten Analyse für die internationalen Programme der Reproduk-

tiven Gesundheit fruchtbar gemacht. Dadurch wurden die Programme als eine Form postjuridischer Regierung sowohl von Subjekten als auch von Bevölkerungsprozessen (Biopolitik) sichtbar, die das Verhalten von Menschen – ohne in dieses direkt einzugreifen – über die Herstellung einer bestimmten Normalität lenkt (Risikokalkulationen) und bestimmte Subjektivitäten hervorbringt.

6.1.2 Vergesundheitlichung der Generativität

Dabei habe ich mich an den gegenwartsbezogenen Gouvernementalitätsstudien orientiert, die unter anderem das Feld von Gesundheit und Medizin als ein zentrales Merkmal gouvernementaler Regierung untersuchen. Die gegenwartsbezogenen Gouvernementalitätsstudien haben sich eingehend mit dem Feld der Gesundheit befasst und mit einer Analyse neoliberaler gesellschaftlicher Verhältnisse verknüpft. Sie haben die *Ökonomisierung des Sozialen* als eine spezifische gegenwärtige Regierungsweise herausgearbeitet und zum Beispiel gezeigt, wie bestimmte ›neue‹ gesundheitliche Subjektkonzepte wie zum Beispiel die Anrufung der Selbsthilfe, Eigenverantwortung und Prävention auch mit dem Rückzug des Wohlfahrtsstaates verknüpft sind.[1]

Ebenso zeigen sie, dass das Feld der Gesundheit heute nicht vorrangig über gesetzliche Regelungen oder restriktive Anweisungen durch Expert/-innen bestimmt ist, sondern vielmehr durch ein Vokabular der Selbstbestimmung und individuellen Gesundheitsverantwortung. Lupton und Peterson (2008) sowie Nettleton (2011) zeigen eine neoliberale Regierungstechnologie, die individuelle Verhaltensweisen via Risikokalkulationen adressiert und zur Selbststeuerung aufruft. In diesem Sinne wird in aktuellen Gesundheitsdiskursen eine möglichst umfangreiche Informiertheit über den eigenen Körper und mithin Kenntnis über Risiken und Prävention gefordert. Konstituiert wird ein »healthy citizen« (Redden 2002, 355), der die Prämisse der Eigenverantwortung verinnerlicht hat und die gesundheitliche Selbstsorge mit der Verantwortung für ›die Nation‹ und die ›Gattung‹ verknüpft.

1 Siehe u.a. Bröckling 2004; Bröckling/Krasmann/Lemke 2000.

Die Prämisse der Eigenverantwortung und der Risikokalkulationen delegieren, wie unter anderen Castel (1983) gezeigt hat, Verantwortung an Individuen. Es sickert ein ökonomisches Selbstverhältnis ein, eine neoliberale Logik, in der wohlfahrtsstaatliche Systeme nicht nur zunehmend abgebaut werden, sondern das Ökonomische *selbst* tief in die Selbstverhältnisse der Menschen eindringt.

Ausgehend von diesen Erkenntnissen, überrascht die *Vergesundheitlichung der Generativität*, wie ich es nenne, kaum. Wie ich herausgestellt habe (Kapital 5, Close Reading, vom Rechtssubjekt zum Gesundheitssubjekt), wird in den europäischen Programmen der Reproduktiven Gesundheit und Rechte der Fokus auf Gesundheit verstärkt. Rechte spielen so gut wie keine Rolle mehr. Vielmehr sind die Paradigmen der verhaltensorientierten Gesundheitsförderung und mithin Prävention zentral. Auf der Grundlage dieser Risikofaktoren werden, wie ich gezeigt habe, Normen definiert, wie das generative Verhalten zu gestalten sei.

Weiter hat die *Vergesundheitlichung* den Effekt, dass gesundheitliche Risikofaktoren als einzelne Ursachen für die Häufung von bestimmten Problemen kalkuliert und in ein vereinfachendes Ursache-Wirkungs-Modell überführt werden. Komplexere, multidimensionale Analysen bleiben aus. Der Fokus auf das individuelle Verhalten blendet zudem die sozioökonomischen Dimensionen von Generativitätsverhältnissen aus. (Präventive) Verantwortung wird in die Individuen hineinverlagert. Der Fokus richtet sich auf die individuellen Verhaltensweisen, sprich Verhütungsverhalten, Schwangerschafts-Timing, gesundheitliches Risikoverhalten usw., während Forderungen nach sozioökonomischen Veränderungen, nach Versorgungsstrukturen (Bau von Krankenhäusern, medizinisch leicht zugängliche Versorgung, Abtreibungsmöglichkeiten usw.) auf dieser Grundlage in den Hintergrund geraten. Weiter lässt der Gesundheitsdiskurs sich expansiv auf jegliche Phänomene des menschlichen Lebens übertragen. Mit der Folge, dass zum Beispiel Schwangere sich als eigenverantwortliche *Patientinnen* verstehen sollen, und damit Generativität insgesamt stark individualisiert und mithin entpolitisiert wird.

6.1.3 Eingeschränkte Selbstbestimmung

In diesem Zusammenhang muss, so eine weitere Erkenntnis, auch die Verwendung des *Choice*-Begriffs verstanden werden: Anstatt von Rechten ist in der europäischen WHO-Programmatik die Rede von *Choice*. Dies macht die Programme insgesamt nicht nur wenig verbindlich, sondern macht nicht zuletzt auch die normative und einschränkende Adressierung generativer Subjekte deutlich: Selbstbestimmung ist, folgt man den WHO-Beschreibungen, nur auf der Grundlage eines bestimmten Wissens über Verhütung möglich ist. Die Verbesserung von Wissen (über Verhütung) gilt als *die* Voraussetzung dafür, *überhaupt* selbstbestimmte Entscheidungen treffen zu können. Kurzum: Selbstbestimmung meint, wie ich herausgearbeitet habe, gleichzeitig Selbst*regulierung*, das heißt die Steigerung der Kompetenzen der einzelnen im Umgang mit sich selbst. Aufgezeigt habe ich in diesem Zusammenhang zudem, dass *Choice* ein stark westlich geprägter Begriff ist, der insbesondere die Situation von *bestimmten* Frauen zu fassen vermag. Die Pro-Choice-Bewegung gründet auf der liberalen Idee des individuellen Selbstbestimmungsrechts und der Entscheidungsfreiheit – bekannt geworden ist unter anderem der Claim »My Body My Choice«.

Schwarze Feministinnen haben lange vor dessen Eingang in die offizielle Politik kritisiert, dass mit dem ›Choice‹-Konzept – trotz seines universalistischen Anspruchs – bei Weitem nicht die Bedürfnisse aller Frauen adressiert werden. Wie Smith (2005, 127) formuliert: »[…] it rests on essentially individualist, consumerist notions of ›free‹ choice that do not take into consideration all the social, economic, and political conditions that frame the so-called choices that women are forced to make«. *Choice* lege nahe – so die Kritik –, dass Frauen eine Wahl haben, nur insofern sie die nötigen Mittel besitzen (vgl. Price 2010, 46). Mit Weingarten (2012) und Smith (2005) habe ich des Weiteren gezeigt, dass das ›Choice‹-Modell vor allem den Bedürfnissen privilegierter Frauen entspricht, die bereits eine Wahl, die über eine Auswahl an Möglichkeiten verfügen. Arme, meist Frauen of Color waren und sind von einer solchen Wahlmöglichkeit oft weit entfernt und vielfältigen

Zwängen unterworfen. Auch waren und sind sie mit einer gesellschaftlichen Situation konfrontiert, die ihren Status als Mütter grundlegend infrage stellt, das heißt, ihnen diesen Status abspricht, zum Beispiel weil sie arm sind, weil sie nicht dem Ideal der bürgerlichen Hausfrau und Mutter entsprechen, weil sie nicht diejenigen sind, die ›Nation‹, die Gesellschaft reproduzieren sollen (Ahmed 2004; Davis 1981). Dem entsprechend besteht das emanzipatorische Anliegen vieler Frauen darin, überhaupt als Mütter anerkannt zu werden und sozioökonomische Bedingungen zu schaffen, unter denen sie in Würde Kinder großziehen können. Verschiedene Frauenbewegungen (zum Beispiel die Organisation *Sister Song*) haben, wie ich ausgeführt habe, deshalb statt des *Choice*-Begriffs jenen der *Reproductive Justice* vorgeschlagen. Unter diesem Begriff lassen sich im Unterschied zu *Choice* verschiedene Situationen von *verschiedenen* Frauen adressieren. So kann zum Beispiel Wahlfreiheit auch mit Fragen der sozialen Gerechtigkeit verknüpft werden und wird nicht auf Verhütung reduziert.

Wie ich herausgearbeitet habe, haben die WHO-Programme Choice in einer Weise implementiert, die reproduktive Selbstbestimmung stark auf Verhütungsentscheidungen reduziert, das heißt auf die *Verhinderung* von Schwangerschaft. Eine reproduktive Entscheidung ist mit anderen Worten dann eine Entscheidung, wenn sie auf der Grundlage sachkundigen Verhütungswissens *vor* dem Eintreten einer Schwangerschaft getroffen wurde. Nahegelegt wird, dass reproduktive Selbstbestimmung die Entscheidung *gegen* Fortpflanzung meint – und zwar *vor* dem Eintreten einer Schwangerschaft. Deutlich wird, dass unter *reproductive choice* vor allem *contraceptive choice* gemeint ist. Damit können andere Entscheidungen wie zum Beispiel Abtreibung oder eine *ungeplante* Schwangerschaft nicht als Entscheidungen gefasst werden.

Nahegelegt wird von der WHO weiter, dass der Zugang zu Verhütung und eine erhöhte Benutzung von Verhütungsmitteln die *entscheidenden* Indizien für Selbstbestimmung (Choice) sind und mithin Ausdruck einer besseren Reproduktiven Gesundheit. Ich habe dargelegt, dass in einer solchen Choice-Definition komplexe gesellschaftliche Zusammenhänge, die reproduktive Selbstbestimmung *ebenfalls* beeinflussen, begrenzen oder ermöglichen, ausgeblendet werden. Choice wird

auf einzelne, leicht messbare Faktoren (Verhütungsmittelverbreitung) reduziert. Aus dem Blick gerät, welche unterschiedlichen Voraussetzungen es braucht, damit für sehr verschiedene Frauen *Choice* tatsächlich möglich ist.

Insgesamt kommt auf diese Weise nur ein *bestimmtes* generatives Handeln als selbstbestimmt in den Blick – nämlich jenes, das eine bestimmte Vorstellung von Verhütung und Familienplanung impliziert. Andere Dimensionen generativen Handelns können vor diesem Hintergrund nicht als *Choice*, als Wahl, als selbstbestimmt gewertet werden. Zugrunde gelegt wird dabei ein »positivistisches Verständnis von Autonomie« (Hirschauer u.a. 2014, 27), ein Entscheidungsmodell, das Ambivalenzen außer Acht lässt – zum Beispiel, dass eine ungeplante Schwangerschaft plötzlich zu einer geplanten werden kann oder umgekehrt (vgl. Hirschauer u.a. 2014).

6.1.4 Hierarchische Abstufungen

Im Anschluss an Ute Tellmann (2013; 2014; 2017) habe ich außerdem argumentiert, dass die in den Choice-Konzepten nahegelegten rationalisierten generativen Verhaltensweisen auch auf eine historische Kontinuität biopolitischer Gouvernementalität verweisen: Wie Tellmann ausarbeitet, zeigt sich das Zusammenwirken von Gouvernementalität und Biopolitik historisch in bevölkerungspolitischen Krisenszenarien. Deutlich wird, dass die Entstehung einer biopolitischen gouvernementalen Regierung untrennbar mit globalen und kolonialen Verhältnissen verwoben ist. Ideen der Gesundheit und Immunität, der Reinheit bzw. Reinlichkeit (purity) und Hygiene entwickeln sich, wie ich in den historischen Explorationen (2. Kapitel) skizziert habe, unter anderem als Bollwerk gegen eine als kontaminiert und ansteckend imaginierte Drohung aus den Kolonien.[2] Auch die

2 Zu den Quarantänepolitiken siehe Bashford 2004 und Brown/Bell 2008. Eine postkoloniale Fortsetzung infektiöser Gefahrenszenarien sind die heutigen Diskurse zur AIDS-Krise in der sogenannten Dritten Welt,, siehe dazu King 2002.

Figur der Bevölkerung ist historisch untrennbar mit kolonialen Szenarien einer drohenden Überbevölkerung verknüpft (Tellmann 2017). Tellmann (ebd.) entwickelt – auf der Grundlage einer Analyse von Robert T. Malthus' bevölkerungstheoretischen Schriften aus dem 18. Jahrhundert – die These, dass die gouvernementale Regierung und die mit ihr verbundenen Figurationen der rationalen (Selbst-)Steuerung und des *Homo Oeconomicus* im 18. Jahrhundert als ›zivilisierende‹ Gegeninstanz gegen die von Malthus entwickelte Vorstellung einer angeblich ungezügelten ›Fortpflanzung‹ in den Kolonie und in den ›unteren Schichten‹ in westlichen Großstädten entsteht.

Kurzum: Das Zusammenwirken von Biopolitik und Gouvernementalität kristallisiert sich, folgt man Tellmann, historisch an der Schaltstelle (kolonialer) bevölkerungspolitischer Ausdifferenzierungen über wertes und unwertes Leben. Biopolitische Gouvernementalität konstituiert sich entlang der Frage, welche Körper ›zu viele‹ sind. Die malthusische Beschreibung der Bevölkerung als ›krisenhaft‹ und ›überbordend‹ ist, wie Tellman (2017) ausarbeitet, eine biopolitische Zäsur, die das Leben bzw. die Bevölkerung auch hierarchisiert, indem es in wertes und unwertes Leben einteilt. Diese hierarchische Abstufung der Bevölkerung beschreibt Tellmann als Voraussetzung gouvernementaler (ökonomischer) Rationalität, das heißt gouvernementaler Regierungsweisen. Die Regierungsweise der Gouvernementalität ist mithin eine Regierungstechnologie, die historisch als zivilisierende Instanz gegen das Drohszenario der Bevölkerung entsteht.

Auf der Grundlage dieser Genealogie habe ich auf das neomalthusische Kontinuum der gegenwärtigen Programme hingewiesen und gezeigt, dass das rationale generative Subjekt auch hier angetrieben wird von der Vorstellung einer Generativität, die als (demografischer) Unsicherheitsfaktor, als Krisenherd oder Risiko konnotiert ist. Diese Konnotation macht die WHO-Programmatik nicht zuletzt anschlussfähig für (implizite) Bewertungen darüber, wer zur ›Sicherung‹ der Generativität, wer für die ›Reproduktion der Gattung‹ infrage kommt und wer eher nicht. Entsprechende Tendenzen zeigen sich beispielsweise, wie ich ausgearbeitet habe, in den untersuchten Diskursen zu *Fertility Healthcare*, in denen sich implizite Abstufungen darüber

abzeichnen, wer überhaupt als generatives Subjekt adressiert wird und wer eher nicht. Nicht zuletzt zeigen sich solche Ausdifferenzierungen auch in der ungleichen Adressierung verschiedener Bevölkerungsgruppen hinsichtlich der Frage, welche eher Verhütungsbedarf oder einen Kinderwunsch haben. Mit anderen Worten weisen die WHO-Programme einen implizit bewertenden Bias auf, wer eher Verhütung brauche und wer beim Kinderbekommen unterstützt werden soll (siehe die Abschnitte 5.2.2. Heterosexualisierung und Zweigeschlechtlichkeit, 5.2.4. Demografische Formationen sowie 5.2.5. Ethnisierung und koloniale Kontinuitäten). Deutlich wird nicht nur eine paarförmige heterosexuelle Konnotation von *Choice*, von Generativität überhaupt. Klar wird auch, dass nicht alle Frauen gleichermaßen generative ›Hoffnungsträgerinnen‹ sind: So werden ›europäische‹ Frauen in einigen Dokumenten als selbstbestimmt und fortschrittlich dargestellt, zum Beispiel in den wiederkehrenden Verweisen auf die skandinavischen Länder, in denen Frauen als emanzipierte, moderne und berufstätige Subjekte mit optimalen Geburtenzahlen auftreten – und als Hoffnungsträgerinnen für die generative Zukunft Europas fungieren. Dem gegenüber erscheinen Migrantinnen und geflüchtete Frauen in den untersuchten Programmen kaum als Subjekte, sondern als Teil einer scheinbar einheitlichen Gruppe, die der Aufklärung über Verhütung und Familienplanung bedarf. Sie erscheinen, wie ich ausgehend von El-Tayeb (2011) und Tuori (2009) aufgezeigt habe, als das konstitutive Außen europäischer Modernitäts- und Generativitätsideen: »Representations of migrants relate to the ways in which Europe has portrayed itself, through sexuality and gender relations, as more civilised than the rest of the world« (Tuori 2009, 146). Die Programme der WHO generieren, so meine These, eine biopolitische Makroebene, die anschlussfähig ist für normalisierende Vorstellungen über eine ›richtige‹ *europäische* Generativität und letztlich darüber, wer und wessen generative Lebensweise, um es mit Ahmed zu sagen, als »suitable reproducers of the nation« und »the reproduction of life« (Ahmed 2004, 145) infrage kommt – und wer eher nicht.

Die subtilen bevölkerungspolitischen Ausdifferenzierungen der WHO-Programme operieren, wie ich dargelegt habe, nicht im Sin-

ne repressiver Hierarchisierungen und Zäsuren (Malthus), sondern im Sinne einer modernen Normalisierungsmacht, die Subjekte und generative Verhaltensweisen an statistischen Mittelwerten misst und optimierbar macht. Anders gesagt, wird Generativität heute als Unsicherheits- bzw. Risikofaktor verhandelt (früher: Drohung), den man mit rationalisierten präventiven Entscheidungen kontrollierbar machen und optimal beeinflussen will. Auf diese Weise erscheinen die Verhaltensweisen *bestimmter* Gruppen als wünschenswert und optimal, während andere als Abweichung konfiguriert sind, als nicht kontrolliert genug.

In einer vergleichenden Makroperspektive auf die internationale Agenda von Kairo zur Reproduktiven Gesundheit und jene der europäischen WHO kommt, wie ich argumentiert habe, nicht zuletzt eine koloniale Kontinuität zum Vorschein, in der aus einer westlich vermittelten Perspektive darüber befunden wird, wo auf der Welt ›zu viele‹ und wo ›zu wenige‹ Menschen sind und damit zugleich, welches Leben wert ist, sich zu reproduzieren und welches nicht. Während die Kairo-Programme im Globalen Süden ›zu viele‹ Menschen ausmachen und antinatalistisch argumentieren, zeigt sich im demografischen Blick auf Europa ein Szenario der ›zu wenigen‹ (und damit verbunden auch einige pronatalistische Tendenzen). Diese unterschiedlichen »Dramatisierungen« (Connelly 2006) entspringen, so meine These, einer fortbestehenden (neo-)kolonialen Ausdifferenzierung des Lebens und des lebenswerten Lebens (siehe dazu auch Rainer 2005, 284).

6.1.5 Die Feminisierung der Generativität: Gesundheitspolitik und kapitalistische Produktionsweise

Der letzte Punkt meines Close Readings befasst sich vertieft mit Geschlecht und macht deutlich, dass die WHO-Diskurse die Gebärfähigkeit von Frauen – überhaupt weibliche Lebenszusammenhänge – teils explizit mit dem Fortbestehen der modernen Nation (bzw. Europa) verbinden und dabei eine *bestimmte* Art der rationalisierten (›europäischen‹) Generativität und generativen Weiblichkeit aktualisieren.

Frauen erscheinen in den WHO-Programmen als generative Subjekte, die einerseits individuell, selbstbestimmt und emanzipiert handeln. Andererseits sind sie dabei auch (demografische) Schlüsselfiguren internationaler Fortpflanzungspolitiken. Sie werden zum »öffentlichen Ort« (Duden 2007). Aktualisiert wird ein historisches Motiv der bürgerlichen Geschlechterordnung, das die individuelle Gebärfähigkeit von Frauen mit dem Fortbestehen der Nation (bzw. Europas) verbindet. Aktualisiert wird das paradoxe Verhältnis von Privatheit und Öffentlichkeit, das Generativität und die ihr zugeschriebenen Attribute wie Körper, Biologie, Natürlichkeit, Weiblichkeit, Mutterschaft und Mütterlichkeit einerseits auf das Private reduziert und dorthin ›verbannt‹ und sie gleichzeitig zum Gegenstand öffentlicher Interessen und Intervention macht. Bezeichnend ist in diesem historisch tradierten Geschlechtermodell, dass weibliche Biografien, Frausein überhaupt mit Generativität gleichgesetzt bzw. umgekehrt Generativität mit Weiblichkeit gleichgesetzt wird.

In diesem Zusammenhang habe ich materialistische feministische Perspektiven (Scholz 2011, Beer 1990 usw.) ins Spiel gebracht, mit denen die Programmatik der Reproduktiven Gesundheit auch als Politik einer kapitalistischen vergeschlechtlichten Teilung von Arbeit interpretierbar wird: Die Programmatik der Reproduktiven Gesundheit untermauert die Trennung zwischen einer Sphäre der Reproduktion bzw. Generativität und einer Sphäre der Produktion und die mit dieser Trennung verbundene geschlechtliche Arbeitsteilung, bei der Generativität als unbezahlte, weibliche Privatdomäne jenseits von marktwirtschaftlichen und politischen Prozessen erscheint (jedoch gleichwohl regulierbar gemacht wird). Die untersuchten Gesundheitsprogramme aktualisieren also jenen für die kapitalistisch-patriarchale Gesellschaft Struktur-gebenden Mechanismus, wie er von materialistisch-feministischen Theorien vielfältig herausgestellt worden ist: Generativität wird in einen individualisierten, vorgesellschaftlichen (naturalisierten) Raum abgespalten und (als Gratisarbeit) feminisiert.

Generativitätsverhältnisse werden zum »weiblichen Lebenszusammenhang« gemacht und in den Bereich eines individuellen Gesundheitshandelns abgespalten – dieser Mechanismus ist, mit Scholz (2011)

gesprochen, Effekt und *Voraussetzung* kapitalistischer Produktionsweisen. Mit anderen Worten: Die WHO-Programme zeigen sich auch, wie ich herausgearbeitet habe, als eine biopolitische Regierung, mit der legitimierbar wird und bleibt, dass Generativität auch weiterhin gratis – aus Liebe – erledigt wird. Denn: »Eine (kapitalistische) Marktökonomie kann nur dann profitabel und rational arbeiten, wenn sie keinerlei Verantwortung für die gesellschaftlich-individuelle Reproduktion von Frauen und Männern zu übernehmen braucht, die über die Lohn- oder Gehaltszahlung hinausgeht« (Beer 1990, 24).

Hier habe ich auch den Bogen zur Biopolitikanalyse bzw. zu Tellmann (2017) gespannt: Die Konzepte der Reproduktiven Gesundheit aktualisieren nicht zuletzt ein neomalthusisches Kontinuum, das Bevölkerung als potenziell krisenhaft (als Risiko) und dabei auch als ökonomisches Problem konstruiert. Das sich rational reproduzierende (weibliche) Subjekt wird diesen Risikoszenarien gegenüber als eine zivilisierende Gegeninstanz installiert. Die Programme konstituieren eine Art gesundheitliche und weibliche Variante des *Homo Oeconomicus*, die liberale Figur eines *Healthy Homo Oeconomicus*, die eigenverantwortlich und rational planend die eigene generative Gesundheit und Anzahl Geburten managed – und damit zum Ziel eines bestimmten (auch ökonomisch vernünftigen) Bevölkerungsoptimums beiträgt.

Die Programme der Reproduktiven Gesundheit konstituieren eine generative weibliche Subjektivität, die ein optimales, gesundes generatives Verhalten ›erlernen‹ soll und dadurch die Risiken der Bevölkerungsprozesse (und deren ökonomische Auswirkung) kontrolliert. Dieses generative Subjekt soll idealerweise das (möglicherweise) aus dem Ruder laufende Leben zivilisieren und Generativitätsprozesse auch im Sinne ökonomischer Interessen rationalisieren.

Nicht zuletzt soll dieses Subjekt, hier verbindet sich die Biopolitikanalyse mit materialistischen Perspektiven, die ›Gratisarbeit Generativität‹ übernehmen. Auch die Identifikation der generativen Subjekte mit Mutterschaft, jener naturalisierte Verweisungszusammenhang von Generativität, Weiblichkeit und Mutterschaft, gehört zu einer optimalen Voraussetzung für Ökonomie und Politik.

6.2 Generativität und Geschlecht – gesellschaftstheoretisch revisited

Zum Schluss möchte ich, ausgehend von den beschriebenen Erkenntnissen und Interpretationen, ausloten, welchen Beitrag sie zu geschlechtertheoretischen Debatten über Generativitätsverhältnisse leisten.

Ich habe mich gefragt, inwiefern meine Interpretationen zur Feminisierung und Abspaltung von Generativität nicht ein Stück weit das Problem reproduzieren, auf das sie aufmerksam machen: nämlich die Abspaltung von Generativität. Anders gesagt, scheint es mir, dass allein die Analyse und Feststellung der Abspaltung und Abwertung von Generativität diese erneut – theoretisch wie politisch – unsichtbar macht. Das heißt, es ist auf dieser Grundlage nur negativ feststellbar, dass die Abwertung, Feminisierung und Depolitisierung der Generativität ein konstitutives Element der aktuellen (kapitalistischen) Gesellschaftsordnung ist. Theoretisch ist Generativität auf diese Weise nur im Sinne ihrer Abwesenheit und Marginalisierung greifbar und/oder – dies ist letztlich auch das Problem bei Beer (1990), wie Heitzmann (2017) ausführt, erscheint Generativität dadurch wiederum als vorgesellschaftlich und ›naturhaft‹.

Wie aber kann eine Theoretisierung der Generativität deren Marginalisierung und/oder Naturalisierung nicht wiederum selbst reproduzieren? Mit Mary O'Brien (1981; 1997) gesprochen, zeigt sich selbst in feministischen Ansätzen zur Generativität oft eine Art unbewusste Wiederholung gesellschaftlicher Verhältnisse, in denen Generativität und entsprechende Körperprozesse keinen Stellenwert haben. Es scheint also nicht geklärt, wie Generativität und die mit ihr verbundene Vergeschlechtlichung als ein Vergesellschaftungsmodus konzipiert und in theoretische Debatten eingebracht werden kann. Ich denke, dass eine solche Konzeptualisierung von Generativität wichtig wäre.

Bisher lässt auch ein großer Teil der feministisch-materialistischen Theoriebildung zur Hausarbeit/Reproduktion/Care Generativität aus, stellt diese in den Bereich einer Art vor-gesellschaftlichen Natur oder zählt sie einfach zur sozialen Reproduktion dazu.

Beer (1991a) versucht, die gesellschaftstheoretische Relevanz der Generativität begrifflich einzuholen, indem sie die Produktionsweise unterscheidet in eine *Wirtschafts-* und eine *Bevölkerungsweise* und zeigt, dass die Zuschreibung der *Bevölkerungsweise* an Frauen nicht in der natürlichen Gebärfähigkeit begründet ist, sondern auf einem bereits vor dem Kapitalismus bestehenden patriarchalen Prinzip beruht, einem »kulturellen Muster, das ›ganz selbstverständlich‹ Geschlechterherrschaft beinhaltete und voraussetzte« (Beer 1991a, 275). Beer konzipiert Generativität als »generative Bestandssicherung« bzw. Bevölkerungsweise als einen eigenständigen gesellschaftlichen Produktionsbereich und damit als ein »zweite(s) Struktur- oder Basiselement« neben der Wirtschaftsweise (Beer 1991a, 101). Ihr Erkenntnisinteresse richtet sich auf den Zusammenhang der beiden Strukturelemente und somit auf die »Vergesellschaftung von Individuen mittels Arbeit und Fortpflanzung zum Zwecke ihrer Existenzsicherung« (ebd., 141). Sie begreift also Bestandssicherung nicht nur rein ökonomisch, diese bedarf vielmehr auch der Generativität. Sie ist leiblich, ein *materialer Lebensprozess* (ebd., in Anlehnung an Marx), auch dieser müsse Gegenstand von theoretischer Betrachtung werden.

Die Vergesellschaftung der Individuen über Arbeit und Fortpflanzung wird Beer zufolge als gesellschaftliche Norm durchgesetzt, in der durch das Gebärvermögen der Frauen diese im Verwertungsprozess besonders ›genutzt‹ werden. Diese besondere ›Nutzung‹ der Frauen besteht bei Beer darin, »dass sie die generative Reproduktion einer Gesellschaft auf naturwissenschaftlicher Grundlage in einer Form gewährleisten, die auf die Bedürfnisse kapitalistisch-patriarchaler Vergesellschaftung abgestimmt« sei (ebd., 271).

Obwohl Beer von *Frauen* und *Generativität* als einer *vergesellschafteten Natur* ausgeht, generative Tätigkeit als Bevölkerungserhalt sichtbar macht und die sozialen Mechanismen beschreibt, die zu deren Verdeckung führt, bleibt Generativität bei ihr letztlich ein vor-gesellschaftliches Element, das als Gegensatz zu Kultur erscheint (vgl. Heitzmann 2017, 72). Und zwar deshalb, wie Heitzmann (2017) und Meißner (2014) herausarbeiten, weil der Verweisungszusammenhang von Generativität und Geschlecht weiterhin als vorgesellschaftlich theoretisiert wird.

Beer führt den Begriff des (geschlechtlichen) *Realsubjekts* ein, ohne dessen Genealogie systematisch in die Analyse einzubeziehen, und setzt dadurch eine vorgängige Existenz von Männern und Frauen voraus, die in einer körperlichen, auf Fortpflanzung bezogenen Zweigeschlechtlichkeit begründet ist. Sie nimmt auf diese Weise etwas gesellschaftstheoretisch höchst Voraussetzungsvolles, nämlich die Zweiteilung der Menschheit in *Männer* und *Frauen*, als gegebenen Ausgangspunkt für Gesellschaftstheorie (vgl. Meißner 2011, 551). Der Verweisungszusammenhang von Generativität und (›weiblichem‹) Geschlecht wird bei Beer unreflektiert wiederholt.

Kurzum: Das Verweisungsverhältnis Weiblichkeit, Körperlichkeit und Generativität bleibt durch eine implizite Gleichsetzung mit Natur unreflektiert bestehen. Reproduziert wird dadurch auch die Marginalisierung der Generativität, des Körperlichen, des Materiellen, des Geschlechtskörpers – die Auslagerung der Generativität in den Privatbereich. Der Bezug auf die Dimension der Materialität bleibt naturalisierend, dadurch fehlt, wie Heitzmann (2017, 72) moniert, bei Beer – trotz ihres vehementen Bestehens auf der Generativität als einem eigenen Vergesellschaftungsmodus – genau das: eine Theorie der Generativität als Vergesellschaftungsmodus.

Es scheint also nicht hinreichend geklärt, wie sich Generativität und die damit verbundene Vergeschlechtlichung als Vergesellschaftungsmodus und mithin gesellschafts- und geschlechtertheoretisch fassen ließen, ohne diese erneut im Naturbereich zu marginalisieren.[3]

---

3 Simone de Beauvoir hat den Umstand der Generativität und der Körperprozesse zum Gegenstand ihrer Betrachtungen gemacht, allerdings ebenfalls das Problem der Naturalisierung wiederholt: Ihr Bild beruht auf einem bipolaren komplementären Menschenpaar. Die Frau wird als Erhalterin der Gattung naturalisiert, und am Ende idealisiert Beauvoir das männliche Prinzip des Geistes (*versus* Körper) und wiederholt selbst das Problem (Holland-Cunz 2003).

6.2.1 Ein anderer Umgang mit vergeschlechtlichten Körperprozessen

Ich halte es abschließend für zentral zu fragen, welche möglichen Wege es hierfür gibt. Wenn wir das Problem nicht immer wieder von Neuem reproduzieren wollen, braucht es einen offensiveren feministischen theoretischen Umgang mit vergeschlechtlichten Körperprozessen.

Hilge Landweer (1994) hat sich – im Zuge der sogenannten Butler-Duden- bzw. Sex/Gender-Debatte, auf die ich hier nicht näher eingehe[4] – starkgemacht, auch »Geburtigkeit und Sterblichkeit« (Landweer 1994, 36) in sozialtheoretische Überlegungen mit einzubeziehen. Landweer zufolge seien dies keine reinen Diskurserfindungen (inwiefern sie hier Butler verkürzt interpretiert, möchte ich hier nicht weiterverfolgen), Kultur sei schließlich immer auch auf die »Reproduktion der Gattung verwiesen« (ebd., 147). Zentral dabei sei, dass die Gesellschaft ihre Mitglieder (und dies treffe für alle Kulturen auf der Welt zu) gemäß ihrem möglichen jeweiligen Beitrag zur Generativität einteile (vgl. ebd. 1993, 36). So würden jene, die gebärfähig sind, Frauen genannt, während jene, die nicht gebären, Männer genannt werden. Zwar gebe es für diese kulturellen Zuschreibungen keinerlei Notwendigkeit, diese Festschreibungen sind kontingent, der »generative Unterschied« allein macht es nicht *per se* notwendig, dass die Gesellschaft gemäß einer zweigeschlechtlichen Ordnung organisiert ist. Gemäß Landweer werde aber wegen der generativen Differenz diese stets sozial wieder relevant gemacht als eine »leibliche Differenz« – auf deren Grundlage dann eben (Geschlechter-)Mythen hervorgebracht werden (ebd. 1994, 156).

Für Landweer steht die Frage einer anthropologischen Konstante des Geborenwerdens im Zentrum, und auf welche Weise diese mit Geschlecht verknüpft wird, dies müssen wir zum Ausgang nehmen, um Geschlechterverhältnisse zu analysieren. Das heißt, Geschlechterbegriffe verweisen nach Landweer immer auch »auf den jeweils als möglich unterstellten Beitrag zu Reproduktion« – denn Geschlechterkonstruktionen müssen auf die »elementare Herausforderung« der

4 Siehe dazu unter anderen Hark 2005, 269-332, und Villa 2003.

Generativität antworten. Klar ist für Landweer, dass es keine »Wahrheit des Geschlechts« und keine dem Diskurs vorgelagerte Welt an sich gibt. Gleichwohl sei nicht alle Wahrnehmung schon diskursiv, wohl aber formiert, »im Sinne von prozesshaft artikuliert, strukturiert« (ebd. 167).

Landweers Thesen blieben nicht unwidersprochen, Hagemann-White (2001, 68) problematisiert die Interpretation einer »anthropologisch zwingenden« grundlegenden Zweiteilung »aufgrund der Tatsache der Fortpflanzung«. Vielmehr, so Hagemann-White, begründe Generativität »ein Geflecht von Relationen« (ebd., 69), eine Kette der Vervielfältigung und nicht der Gegensätzlichkeit. Ebenso kritisiert Hark (2005, 305f.), dass Landweer die »generative Differenz« als nicht hintergehbar und nicht thematisierbar postuliert. Damit würde Zweigeschlechtlichkeit zu einer »kulturellen Konstante« und »Heterosexualität als transzendentale Bedingung von Kultur und Wissen (reifiziert)« (ebd., 306). Obwohl (oder weil) Landweer Heterosexualität nicht explizit thematisiere, sondern immer von der Notwendigkeit der Generativität spreche, »schütze« sie die Heterosexualität und nehme »diese gewissermaßen ›aus der Geschichte‹ heraus (ebd., 307). Während Hagemann-White das Verständnis von Generativität bei Landweer in den Mittelpunkt stellt, hebt Hark auf das Verhältnis von Geschlecht und Sexualität als analytische Kategorien ab, womit jedoch, wie Heitzmann (2017, 87). konstatiert, bei Hark das Phänomen der Generativität wieder aus dem Sichtfeld gerät. Heitzmann zufolge werde hier sichtbar, dass es letztlich um die Verhandlung des Natur/Kultur-Dualismus geht und sich hier grundlegende differente Positionen zeigen.

6.2.2 Leibliche Differenz als soziale Praxis

Die Debatte ist, wie Heitzmann (ebd.) konstatiert, dort stehen geblieben, eine aus der Natur resultierende generative Differenz als Natur gegen die Diskursidee zu halten: »Die aus der Generativität des Menschen resultierende leibliche Differenz wird in der so genannten sex/gender-Debatte zu Beginn der 1990er Jahre zum zentralen Argument gegen die vermeintliche Diskursivierung des Frauenkörpers, die Judith But-

lers Gender Trouble zugeschrieben wurde«, von Duden, Landweer und anderen (Heitzmann 2017, 76). Landweer wurde attestiert, sie sei in einem Zweigeschlechtermodell verhaftet. Damit wurde aber auch das legitime Anliegen auf Eis gelegt, über körperliche Differenzen aufgrund der Fortpflanzungsfunktion zu reflektieren, diese soziologisch zu fassen und als strukturierenden Anteil zu begreifen. Heitzmann (2017, 19) zufolge wurde durch die Stagnation der Debatte die »Eigenlogik der generativen Praxis« analytisch verdeckt sowie auch deren Vergeschlechtlichung und mithin die Möglichkeit, diese gesellschaftstheoretisch einzubinden, verpasst.

Etwas zugespitzt formuliert, herrschte die Meinung vor, es gebe einen radikal konstruktivistischen Ansatz *oder* einen naturalisierenden.[5] Marxistisch-materialistische Ansätze wiederum thematisierten zwar die Vergeschlechtlichung generativer Arbeitsteilung, allerdings sind diese, wie bei Beer deutlich wird, an einem Punkt nicht materialistisch *genug*, weil sie Körperprozesse letztlich doch als eine vorgesellschaftliche, ontologische Tatsache der Bestandssicherung konzipieren, als einen Prozess jenseits der Gesellschaft, auf den sich binäre Normen oder Arbeits- und Produktionsverhältnisse einfach überstülpen. Das bedeutet, dass sie die Dimension der Natur erneut *abspalten* und das Problem wiederholt wird, dass der Zusammenhang von Generativität und Geschlecht nicht gesellschaftstheoretisch thematisierbar ist, sondern auf der Ebene der Natur bleibt (vgl. ebd., 72).

Mit Heitzmann (ebd., 17; 140) gesprochen, gilt es deshalb, ein epistemologisches Paradigma jenseits der Substanzialisierung zu entwickeln. Ihr zufolge muss dazu eine soziologische Einschätzung erfolgen, mit der Generativität vom Menschen her gedacht wird, von dem, was Menschen alltäglich in Bezug auf Generativität tun – mit dem das Körperli-

5 Einige Ansätze wie z.B. das Konzept der *Existenzweise* von Andrea Maihofer (1995) haben diese Opposition bereits früh aufzulösen versucht. Im Zuge der jüngsten Auseinandersetzung um den *materialist turn* ist die Debatte wieder neu in Bewegung geraten. Sie muss an dieser Stelle jedoch ausgelassen werden – auch befassen sich die meisten Ansätze des *New Materialism* bezeichnenderweise nicht mit Generativität.

che der Sozialität erfasst werden kann. Dazu gehört auch eine Perspektive auf generative Differenz als eine soziale Praxis.

Heitzmann (2017, 89) schlägt, ausgehend von Pierre Bourdieus der *sozialen Praxis* (2009) eine soziologische Bestimmung der geschlechterdifferenzierenden Generativität vor, die diese als eine gesellschaftliche, als produktive Praxis begreift. Generativität fasst sie als eine »geschlecherdifferenzierende Praxis« (Heitzmann ebd., 181), als ein alltägliches (körperliches) Tun der Menschen, das soziologisch relevant ist, weil es für die Akteur*innen sozial bedeutsam ist. Heitzmann (ebd. 182f.) verweist in diesem Zusammenhang auf entsprechende Studien,[6] die Vergeschlechtlichungsprozesse während der Schwangerschaft herausstellen, die also das *doing Gender* (West und Zimmermann 1987) im Prozess der Generativität beschreiben.[7]

Deutlich wird, wie Heitzmann (ebd., 301) moniert, auf welche Weise die Arbeit der Generativität als ›Frauensache‹ wahrgenommen wird, während Männer als ›Spermiengeber‹ bzw. als Erzeuger (ebd., 309) identifiziert werden. Der Vergeschlechtlichungsprozess findet also schon vor dem Eintreten einer Schwangerschaft statt. Dazu gehören Informationspraktiken, in denen sich die werdenden Eltern Wissen aneignen, in Kurse gehen usw. Es findet eine Responsibilisierung der Schwangeren statt und eine starke Aufspaltung in ›Väter‹ und ›Mütter‹, also in ein klares Zweigeschlechtermodell. Die Studien zeigen verschiedene Praktiken der Vergeschlechtlichung sowohl vor als auch während der Schwangerschaft. So sind zum Beispiel die Recherchen werdender oder ›planender‹ Eltern im Internet (Schadler 2013) als auch die Praktiken des Spürens (Sänger u.a. 2013). der Schwangerschaft durch starke vergeschlechtlichende Grenzziehungen gekennzeichnet. Durch das Spüren des Fetus im Leib wird beschrieben, man habe dadurch eine stärkere Verbindung zum Fetus (als die nicht schwangere

6 Siehe z.B. Schadler 2013 und Sänger u.a. 2013.

7 West und Zimmermann (1987) haben das Konzept des *doing gender* entwickelt, in dem der (inter-)aktive Charakter der Produktion und Reproduktion von Geschlechterdifferenz betont wird. Zugleich ist gerade ihr Verständnis von Geschlecht keines, das sich auf Prozesse der Materialisierung von Geschlecht bezieht, weder physisch noch psychisch.

Person). Beschrieben wird auch, dass durch das Spüren des Fetus die »Schwangerschaft noch einmal bewusster wurde« (Schadler 2013, 194, zit.n. Heitzmann 2017, 189) und dadurch auch der schwangere Körper eine »exklusive Stellung« als Mutter und Frau erhält (ebd.). Berichtet wird auch, dass das Umfeld immer wieder vergeschlechtlichend agiert, indem zum Bespiel auf die »Schönheit« der schwangeren Frau verwiesen wird (vgl. Heitzmann 2017, 190).

Insgesamt lässt sich zeigen, dass in der generativen Praxis Mutterschaft und insbesondere Schwangerschaft als immanenter Bestandteil von Weiblichkeit wahrgenommen werden bzw. auch als identitätsstiftend für das eigene Frausein fungieren. Dies wird vor allem bei Befragungen von IVF-Patientinnen deutlich, die nicht nur einen unerfüllten Kinderwunsch reklamieren, sondern auch eine Identitätskrise als Frau, weil sie nicht schwanger werden (und dies für das eigene Frausein als entscheidend empfunden wird).[8]

Wie aber kommt die Materialität der vergeschlechtlichten generativen Differenz zustande? Und wie ist dieser Zusammenhang von Generativität und Geschlecht theoretisch zu fassen? Die patriarchale Geschichte macht den umstandslosen Gebrauch des Begriffs *Körper* für die feministische Theorie prekär. Feministische Theorie droht mit einem Verweis auf Materialität immer das zu reproduzieren, wogegen sie antritt, nämlich eine binär-hierarchische Ordnung. In Butlers Überlegungen im Anschluss an Irigaray bleibt der Körper deshalb – um dem essenzialistischen Dilemma zu entkommen – eine *Bezeichnung*, ein Zeichensystem, eine Norm, die sich materialisiert hat (vgl. Maihofer 1995, 52). Generative Differenz *kann* aus dieser Sicht nur als Effekt einer Ideologie betrachtet werden, als eine Materialisierung des Imaginären, eine »ideologische Fiktion«, die Realität geworden ist (ebd.).

Mit dieser Konzeptionalisierung wird jedoch das Körperliche der Sozialität (vgl. Heitzmann ebd., 51), die Materialität der generativen

---

8 Auch Hirschauer u.a. 2014 fassen Schwangerschaft als eine produktive Praxis, indem sie zeigen, dass am Prozess des physischen und psychischen Gewahrwerdens einer Schwangerschaft oft mehrere Menschen beteiligt sind. Das heißt, die Materialisierung spielt sich in einem soziomateriellen Prozess ab.

Differenz und deren Vergeschlechtlichung, nicht ernst genommen.[9] Die »materielle Realität des Körpers wird »idealistisch verschluckt« (Maihofer 1995, 52). Es braucht deshalb, wie oben beschrieben, eine Perspektive, die Generativität und generative Differenz als einen leiblichen Vergesellschaftungsmodus versteht, als eine »historisch spezifische Weise zu existieren« (ebd.). Mit Heitzmann und Maihofer gesprochen, ist generative Differenz und die mit ihr verbundene Vergeschlechtlichung mehr als eine sprachliche Materialisierung. Es gilt, mit Maihofer (ebd., 184) formuliert, einen Begriff zu entwickeln, der »sowohl das Imaginäre dieser Existenzweise als auch Geschlechtlichkeit, Subjektivität, Identität und Körperlichkeit als gesellschaftlich-kulturell produzierte, historisch bestimmte Selbstverhältnisse reflektiert, als auch die Realität dieser Existenzweise als gelebte Denk- Gefühls- und Körperpraxen.« In Anlehnung an Bourdieus Anliegen, die Aufhebung des Dualismus von Körper und Geist aufzuheben, fasst Heitzmann (2017, 145) generative Differenz konkret folgendermaßen: Der Mensch ist in der sozialen Welt, und gleichzeitig ist die soziale Welt im Körper. Die Welt kann nur über die »körperliche Erkenntnis« praktisch erfasst werden. Die Einverleibung der Strukturen der Welt machen wiederum kognitive Strukturen möglich. Kurzum: Die vergeschlechtlichte Praxis der generativen Differenzierung ist ein »soziales Verhältnis«, ein sozialer Vorgang (ebd., 105), das heißt *mehr* als eine vom Körper unterschiedene Ideologie, die sich dann Körperprozessen einfach überstülpt. Generative Differenz ist demnach eine sozial bzw. kulturell überformte Naturtatsache oder, mit Maihofers (ebd., 85) Konzept der *Existenzweise* gesprochen: Sie ist eine »Existenz-Erfahrung«, die für die Menschen »einen ontologischen Status« hat. Generative Differenz ist gelebte Denk-, Gefühls- und Körperpraxis, also *Wirklichkeit*. Diese Dimension der Wirklichkeit ist nicht essenzialistisch zu fassen. Sie ist »kein irreduzibler natürlicher Rest« (Maihofer 1995, 90), sondern eine »strukturelle Ebene individueller Existenz« (ebd., 85).

9 Natürlich meint auch Butler nicht, es gebe vorher ›nichts‹, keinen Körper. Mit Hervorbringung meint Butler die »Hervorbringung der Wirkung und Bedeutung von Materialität« (Maihofer 1995, 89).

Die Materialität der generativen Differenz macht auch Landweer (1994) stark, wenn sie die unterschiedliche physische Beteiligung von Menschen am Prozess der Generativität thematisiert und gesellschaftstheoretisch einbinden will. Indem sie allerdings Generativität anthropologisch fasst (ähnliche wie Beers ›Bestandssicherung‹), unterläuft sie ihr eigenes Vorhaben, generative Differenz gesellschaftstheoretisch zu verhandeln. Indem der Leib *per se* als generativ gedacht wird (das ist er eben gerade nicht), wird Generativität und mithin auch die generative Differenz erneut der Natur zugeordnet. Trotz Landweers formulierten Anliegen, Generativität gesellschaftlich zu fassen, fehlt letztlich der Einsatzpunkt, an dem diese ernst genommen und gleichwohl *tatsächlich* als sozial vermittelt gedacht werden kann.

Ich bin wie Landweer (ebd.) der Auffassung, dass wir über Generativität an der Trennlinie zwischen Menschen, die Schwanger werden und gebären (können), und denjenigen, die dies nicht tun, reflektieren müssen. Diese somatische Verschiedenheit von Menschen sollte in queer-feministischer Theoriebildung nicht unberücksichtigt bleiben, und zwar *gerade*, um sie aus der binären und heterosexuellen Umklammerung herauszulösen. Und weiter, damit Generativität nicht immer wieder von Neuem einer vorgesellschaftlichen ›Naturhaftigkeit‹ überlassen wird, sie auf diese Weise gesellschaftstheoretischen wie gesellschaftspolitischen Aushandlungen entzogen und als ›weibliche‹ Gratisarbeit unsichtbar gemacht wird.

Auch O'Brien (1981) hat dieses Anliegen in ihrer *Philosophie der Geburt* formuliert und argumentiert, dass wir in Bezug auf die aktuelle Gesellschafts- und Geschlechterordnung fragen müssen, welche Rolle der Umstand der Schwangerschaft als eine somatische Dimension in Abgrenzung zur Nicht-Schwangerschaft spielt (so wie Marx zufolge berücksichtigt werden muss, dass wir essen und schlafen müssen und dass das menschliche Arbeitsvermögen begrenzt ist). O'Brien (ebd.) formuliert aus einer feministisch-marxistischen Perspektive den Versuch einer *Philosophie der Geburt*. O'Briens Thesen sind zwar historisch wie soziologisch zu pauschal bzw. zu monokausal, sie bieten jedoch einige Anregungen, um sich den unterschiedlichen Anteilen von Menschen an der Generativität feministisch nochmal grundlegend zuzuwenden.

Denn die generative vergeschlechtlichte Differenz (schwanger = Frau, nicht-schwanger = Mann) ist, wie mit Heitzmann (2017) deutlich wird, gesellschaftlich stark wirksam.

Ähnlich wie Landweer (1994) und Beer (1991) historisiert O'Brien (ebd.) den Prozess der Generativität zwar und betont die Sozialität biologischer Prozesse, gleichwohl erscheinen diese dann doch als ein natürlich *materielles* Apriori: »Der Reproduktionsprozess ist nicht nur die materielle Grundlage der historischen Formen gesellschaftlicher Beziehungen der Reproduktion, sondern er ist auch ein dialektischer, sich historisch verändernder Prozess« (O'Brien 1997, 77f.). Zudem setzt O'Brien Schwangerschaft scheinbar unhintergehbar mit Weiblichkeit gleich.

Gleichwohl finde ich an ihrem Ansatz bedenkenswert, wie in ihm die unterschiedliche Involvierung der Menschen in generativen Prozessen berücksichtigt werden: Gemäß O'Brien (ebd.) ist der entscheidende Punkt der unterschiedlichen Involvierung, dass dadurch die einen (Männer) sich über ihren Anteil an einem Kind nie sicher sein können, während die anderen (Frauen) im Zuge neunmonatiger Schwangerschaft und Geburt sicher ›wissen‹, dass ein Kind von ihnen ist. Dies habe dazu geführt, so O'Briens (ebd.) stark anthropologisierende und vereinheitlichende These, dass Männer diese generative Unsicherheit kompensierten, indem sie sich ihren Anteil daran durch politische, kulturelle bzw. gesetzliche Machtausübung und Vorherrschaft über Frauen sicherten.[10]

O'Brien (1997, 90-92) führt aus, welcher kulturelle Deutungsaufwand nötig war, um die physiologische Distanz der Männer von der Generativität (»Ungewissheit der Vaterschaft«, ebd., 91) zu überwinden. Mittel dazu waren Kulturprozesse wie die Erfindung der Vaterschaft, Ehe, Monogamie, Treue durch die Ehefrau und andere Prozesse der Institutionalisierung, die dem Mann eine Position kultureller, sozialer, politischer und ökonomischer Überlegenheit zuwiesen. Wenn er schon nicht über das Geburtsgeschehen und die Vaterschaft verfügen konnte, sollte er wenigstens *anderweitig* überlegen sein. Jene Hierarchisierung

10 Ähnlich argumentiert auch Irigaray 1980.

von Kultur und Materialität ermöglichte Männern nicht nur ihr Recht an der Generativität, an der Natur (als Objekt), sondern ermöglichte ihnen gleichzeitig ihre Freiheit davon. Das heißt, Männer konnten ihre größere Distanz vom biologischen Reproduktionsprozess auch zu ihrem Vorteil nutzen und ihren geringeren Anteil an der ›Aufzucht‹ legitimieren (ebd., 97). O'Brien zufolge ist Teil dieser männlichen Herrschaftsgeschichte immer auch, den Anteil der Männer an der ›Aufzucht‹ als freiwillig zu verstehen – auch wenn durch Gewohnheit und Recht inzwischen natürlich auch für Männer viele Verpflichtungen gegenüber Kindern entwickelt wurden.

Kurzum: Gesetze oder Kleinfamilienideologien dienen O'Brien (1997) zufolge also dazu, das Verhältnis derjenigen, die nicht schwanger werden können, zum Kind zu klären und ihren Anspruch abzusichern. O'Brien (ebd.) räumt ein, dass es sich um eine spekulative These handelt, aber die Geschichte patriarchaler Strukturen mache, so ihre Einschätzung, mehr Sinn, wenn wir das Getrenntsein einer Gruppe von der Generativität berücksichtigen und davon ausgehen, dass dieser Umstand sich auf die Bildung einer patriarchalen Ordnung auswirkte: »Mit der Schaffung des Rechts auf Aneignung der Kinder haben Männer jenen sozialen Raum geschaffen, den Vertreter der politischen Theorie den privaten Raum nennen […] der private Bereich ist eine notwendige Bedingung der Affirmation bestimmter Vaterschaft, während der öffentliche Bereich jener Raum ist, in dem Männer zusammenkommen, um die Gesetze und Ideologien zu schaffen, die das Patriarchat gestalten und rechtfertigen« (ebd., 95). Frauen – bzw. diejenigen Menschen, die gebären können – wurden O'Brien zufolge dem privaten Raum zugewiesen. Dabei bedeutete die Abtrennung der Frauen vom Öffentlichen auch, sie von anderen Männern abzutrennen, an *einen* Mann zu binden sowie deren Gratisarbeit anzueignen und zu kontrollieren.

O'Briens Thesen sind wie erwähnt historisch wie soziologisch zu pauschal bzw. zu monokausal. Sie bieten jedoch Anregungen zu der Frage, wie wir den unterschiedlichen Anteilen von Menschen an der Generativität und dessen ohne Zweifel gesellschaftlich starkgemachte Relevanz feministisch berücksichtigen können, und zwar, wie ich im

Anschluss an Heitzmann (2017) wie auch Maihofer (1995) argumentieren möchte, ohne die Bedeutung und Materialität von Körpern auszusparen. Denn: Selbst wenn Generativität zukünftig noch mehr oder gar vollständig technologisiert werden würde und selbst wenn für eine Schwangerschaft keine körpereigenen Gebärmütter mehr nötig wären, so würde auch dann ein Teil der Menschen (derjenigen, die aktuell als Frauen bezeichnet werden) in einem bestimmten Zeitabschnitt ihres Lebens schwanger werden können (und auch werden) und diese Möglichkeit in Bezug auf ihre Sexualität, in Bezug auf ihr Leben in Betracht ziehen und berücksichtigen (müssen), während schwanger werden für andere keine Rolle spielt bzw. insofern eine Rolle spielt, dass sie es *nicht* werden können.

Zweifelsohne verändern die technologischen Entwicklungen generative Prozesse. Diese erfahren ein Stück weit eine *Entkörperung* und fordern dabei die generative binärgeschlechtliche Konnotation heraus (Cooper/Waldby 2015). Adoption, künstliche Befruchtung und Leihmutterschaft haben dazu geführt, die gefestigten Normen ›kultureller Fortpflanzung‹ sowie Familienstrukturen und Verwandtschaftskonzepte innerhalb der Gesellschaft zu modifizieren. Gleichwohl findet zum aktuellen historischen Zeitpunkt Generativität noch überwiegend ›traditionell‹ statt (Parisi zit.n. Angerer 2015, 73) und ist auch das vorherrschende normative Ideal – wie an den von mir untersuchten WHO-Programmen deutlich wurde.

Und selbst diese potentielle Möglichkeit einer entkörperten Generativität (zum Beispiel mit künstlichen Gebärmüttern [Ektogenese]) im Reagenzglas (›Gebärmaschinen‹) hebt den Umstand unterschiedlicher physischer Möglichkeiten und Anteile an ebendieser Generativität nicht einfach auf. Es zeigt nur, dass auch physiologische Elemente der Generativität ein Stück kontingent sind, das heißt durch Technologie veränderbar, und dass Generativität folglich nicht als eine anthropologische Konstante, sondern je nach historischen, gesellschaftlichen und individuellen Effekten und Spezifiken untersucht werden muss. *Aktuell* bedeutet dies, dass untersucht werden muss, welche Rolle es spielt, dass Schwangerschaft und Geburt im statistischen Durchschnitt von Menschen mit Eierstöcken und Gebärmutter erlebt und getätigt wer-

den (diese müssen nicht unbedingt als weiblich bezeichnet werden), das heißt, sich auf eine »komplexe biologische Ordnung des organischen Lebens« (Parisi zit.n. Angerer 2015, 73) beziehen.

Menschen sind, weil sie gebären können, weder automatisch Frauen noch Mütter. Gleichwohl spielen körperliche Umstände eine Rolle bei der Frage, weshalb diese Zuschreibungen gemacht und ›erfahren‹ werden. Es spielt eine Rolle, dass eine bestimmte Gruppe Menschen (und nicht eine andere) in einem bestimmten Alter Kinder gebären kann bzw. muss/sollte, während andere dies nicht können/müssen/sollten. Diese Unterschiede sind nicht vorgesellschaftlich, aber wäre die Möglichkeit der Schwangerschaft anders verteilt, gäbe es, wie ich vermute, *andere* Unterscheidungspraxen (keine geschlechtlichen). Könnten beispielsweise alle Menschen Kinder gebären, wäre Schwangerschaft bzw. Generativität kaum mit Weiblichkeit verknüpft. Oder: Könnten nur Menschen zwischen acht und zwölf Jahren schwanger werden, würde dies womöglich ebenfalls nicht als ›weiblich‹ oder ›mütterlich‹ empfunden und definiert, die somatische Sozialität wäre, so meine Vermutung, eine andere. Anders ausgedrückt: Sich wegen einer Schwangerschaft als Frau zu fühlen, würde – wenn Menschen zwischen acht und zwölf Jahren schwanger würden – keinen Sinn machen (auch wäre klar, dass gebärende Achtjährige sich nach der Geburt nicht hauptverantwortlich um ein Baby kümmern, weil sie das nicht könnten. Es bräuchte andere gesellschaftliche Lösungen, das heißt, es könnte nicht so leicht von der ›Natur‹ darauf geschlossen werden, wer sich um Babys kümmert).

Der Umstand also, dass bestimmte Menschen mit bestimmten physischen Attributen schwanger werden können, spielt eine Rolle bei der vorherrschenden binärgeschlechtlichen Differenzierung von Generativität.[11] Bei einer Praxis, die den Zustand der Schwangerschaft gegenüber jenem der Nicht-Schwangerschaft bedeutsam macht, nicht zuletzt

---

11 Antje Schrupp hat zu ähnlichen Fragen 2019 ein Buch vorgelegt, das Abgabe bedingt in dieser Arbeit leider nicht mehr berücksichtig werden konnte: Schrupp, Antje. 2019. Schwanger werden können. Essay über Körper, Geschlecht und Politik. Ulrike Helmer Verlag.

auch integrierbar und legitim machen muss in einer hierarchisierenden kapitalistischen (Erwerbs-)Gesellschaft, in der das Nicht-Schwangere der Maßstab, die Norm ist und Schwangerschaft folglich die Abweichung – ›unter besonderen Umständen‹.

Noch einmal: Es geht mir keineswegs darum, generative Differenzierung als biologisch vor-gesellschaftliche Angelegenheit zu konzipieren.Diese ist immer schon gesellschaftlich vermittelt. Das heißt, sie steht im Wechselverhältnis mit soziokulturellen Prozessen. Wir können sie nicht jenseits von Geschlechternormen einfangen/fassen, denn es lässt sich nicht präzise bestimmen, was an der generativen Differenzierung rein leiblich bzw. ›natürlich‹ und was gesellschaftlich ist. Paradox formuliert: Auch wenn generative Differenz nicht erst durch die Norm der Zweigeschlechtlichkeit *verursacht* oder hergestellt wird, existiert sie, wie sie für uns existiert, genau genommen nur *durch* diese und entsprechend dieser Normen (vgl. Maihofer 1995, 90).

Der Umstand, dass Schwangerschaft (von vielen) als Merkmal für Weiblichkeit erfahren wird, ist aber dennoch mehr als eine sprachliche Materialisierung oder inkorporierte Ideologie, mehr als eine Ideologie, die sich Körperprozessen einfach überstülpt. Der Verweisungszusammenhang von Geschlecht und Generativität ist auch mit einer *somatisch bedingten* Situation verbunden. *Gleichzeitig* existiert dieser Zusammenhang nur durch Geschlechternormen (Ideologien), ist also immer schon kulturell gedeutet und folglich auch historisch und gesellschaftlich bestimmt/spezifisch.

Generative Differenz in der Theoriebildung und Analyse zu berücksichtigen, birgt die Chance einer Entsubstanzialisierung bzw. Deessenzialisierung von Generativität und mithin von Geschlecht, Zweigeschlechtlichkeit und Heterosexualität. Deutlich gemacht werden könnte, dass die binärgeschlechtliche Essenzialisierung der Generativität unter historischen wie aktuellen patriarchalen, kapitalistischen wie auch in Zusammenhang mit somatisch-materiellen Voraussetzungen – im Sinne einer kulturell überformten Naturtatsache – zwar ›Sinn‹ macht, das heißt naheliegend ist, sozusagen sozio-*logisch* gesehen notwendig ist – zumal damit auch herrschaftsförmige Verhältnisse

reproduziert werden. Sie ist aber gleichwohl nicht an und für sich notwendig.

Indem wir die körperliche Sozialität von Generativität zum Thema machen, könnte, so mein Vorschlag, gerade glaubhaft gemacht werden, dass aus körperlichen Faktoren *selbst* keine Rückschlüsse auf Geschlecht, Sexualität und Lebensweisen hervorgehen, weil eben *nicht* genau gesagt werden kann, was das rein ›Körperliche‹ oder rein ›Gesellschaftliche‹ an der generativen Praxis ist. Es würde deutlich, dass gerade in Ermangelung der Grundlage, automatische Rückschlüsse zu ziehen, generative Differenzierung zum Gegenstand *gesellschaftlicher (nicht naturalisierender*) Auseinandersetzung werden müsste.

Es geht darum, im Anschluss an bereits vorhandene Versuche feministische Theorieperspektiven zu suchen, die Generativitätsverhältnisse in gesellschaftstheoretische wie *politische* Auseinandersetzungen hineinholt. Ein möglicher und meiner Meinung nach grundlegender Ausgangspunkt dazu wäre, generative Differenzierung im Sinne einer gesellschaftlich vermittelten Materialität zum Thema zu machen, das heißt, den Zusammenhang von Generativität und Geschlecht ernst zu nehmen und gleichzeitig herauszufordern.

Die Fragen, die sich vor diesem Hintergrund, wie ich in Anlehnung an Antje Schrupp (2013)[12] vorschlagen möchte, stellen: Wie gehen wir damit gesellschaftlich, kulturell, politisch usw. um, dass eine bestimmte Gruppe von Menschen während einem bestimmten Lebenszeitabschnitt potenziell schwanger werden kann und wird? Und andere nicht? Wie müssen wir generative Differenzen berücksichtigen bei der Frage, wie wir als Gesellschaft Generativität organisieren und Sorgearbeit gewährleisten?

Wenn wir die bisherigen Verweisungszusammenhänge von Generativität und Geschlecht herausfordern, müssen wir die Frage neu stellen: Wie ist verlässlich dafür gesorgt, dass die Sorge für ein Baby und darüber hinaus in Zukunft gewährleistet wird? Es verändert sich, so meine

---

12 Ich danke Antje Schrupp für die Anregung dieser Fragen auf ihrem Blog *Letz Talk about Schwanger werden* (2013): https://antjeschrupp.com/2013/02/18/letz-talk-about-schwangerwerdenkonnen.

These, grundlegend etwas, wenn generative Differenzierung zum Gegenstand gesellschaftspolitischer Aushandlung wird. Wenn sie nicht zwangsläufig mit Binärgeschlechtlichkeit, (bürgerlichen) Mutteridealen, Ehe, heterosexueller Kleinfamilie, romantischer Liebe usw. in eins fällt, stellt sich die Aufgabe, wie wir die Sorge um neu geborenes Leben, um Leben überhaupt organisieren, noch einmal grundlegend neu.

Zu klären wäre zum Beispiel, und mit diesen Fragen möchte ich diese Arbeit – nochmal in Anlehnung an Schrupp (2013) – schließen: Sollen Menschen, die schwanger werden (können) als Gruppe Namen haben (bisher Frauen und Männer)? Und wenn ja, welche? Und wenn sie keine Namen haben und nicht nach dieser Kategorie unterschieden werden, wie wird dann sichergestellt, dass die unterschiedliche generative Involvierung den betroffenen Menschen nicht zum Nachteil oder Vorteil gerät? Weitere Fragen, die sich neu stellen: Welche Unterstützung erfährt eine schwangere Person durch die Allgemeinheit, welche Rechte und Pflichten hat sie in Bezug auf das Kind? Wer kommt für die Unterstützung auf, die Allgemeinheit oder bestimmte andere Menschen? Müssen Schwangere irgendwelche Bedingungen erfüllen, um in den Genuss solcher Unterstützung zu kommen? Welche? Welche Rechte haben die Allgemeinheit oder bestimmte andere Personen in Bezug auf das Kind, das im Körper einer schwangeren Person heranwächst – unter Umständen auch Rechte gegen ihren Willen? Und weiter: Wird von Menschen, die ein Kind gebären, erwartet, dass sie sich anschließend um das Neugeborene kümmern? Wie lange? Oder gibt es andere, die dafür ebenfalls zuständig sind? Wer ist das und unter welchen Bedingungen? Wie wird sichergestellt, dass die Betreffenden ihrer Verpflichtung auch nachkommen? Können Menschen, die schwanger sind, entscheiden, ob sie das Kind austragen möchten oder nicht? Wer bestimmt darüber, was mit neugeborenen Kindern geschieht? Was davon fällt in den Entscheidungsbereich derjenigen, die das Kind geboren hat? Was davon fällt in den Entscheidungsbereich der Allgemeinheit oder bestimmter anderer Menschen? Welcher anderen Menschen? Werden für all das von der Gesellschaft Bedingungen gestellt, stehen dafür Ressourcen zur Verfügung? Wer entscheidet darüber konkret?

Quellen- und Literaturverzeichnis

Quellen

Historische Quellen

Bentham, Jeremy. 1983. »Constitutional Code: For the Use of All Nations and All Governments Professing Liberal Opinions Vol. I« [1830]. In *The Collected Works of Jeremy Bentham*, hg. v. Frederick Rosen u. James H. Burns, Oxford: Oxford University Press.

Ehrlich, Paul R. 1968. *The Population Bomb*. New York: Ballantine.

Franck, Johann P. 1779-1819. *System einer vollständigen medicinischen Polizey 1779-1819*. Bd. 1-5.

Malthus, Thomas R. 1986. »An Essay on the Principle of Population« [1798]. In *The Works of Thomas Robert Malthus*, hg. v. E. A. Wrigley u. D. Souden, 6. Aufl. London: William Pickering.

Meadows, Donella H./Meadows, Dennis L./Randers, Jorgen/Behrens, William W. 1972. *The Limits to Growth: A Report for the Club of Rome*'s *Project on the Predicament of Mankind*. New York: Universe Books.

Ricardo, David. 1821. »On the Principles of Political Economy and Taxation.« In *Library of Economics and Liberty*. www.econlib.org/library/Ricardo/ricP.html.

Smith, Adam. 1974. *Der Wohlstand der Nationen: Eine Untersuchung seiner Natur und seiner Ursachen* [1776]. München: Beck.

Policy Papers

Constitution of the World Health Organization. 1946. http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1.

Lee, Kelley und Jennifer Fang. 2013. *Historical Dictionary of the World Health Organization*. Lanham: Scarecrow Press.

United Nations. 1994. *Programme of Action of the United Nations: International Conference on Population und Development*. Kairo: United Nations.

United Nations. 1999. *UN Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action oft the Conference of Cairo.*

United Nations. 2000. *UN Millennium Development Goals 2000.*

United Nations Population Fund. (UNFPA). *Achieving the Cairo, Cairo +5 and Millenium Development Goals*.

WHO. 1965. *Eighteenth World Health Assembly*. *Part I: resolutions and decisions: annexes.* Geneva, 4-21 May 1965. www.who.int/iris/handle/10665/85780.

WHO. 1965. *Eighteenth World Health Assembly*. Part II: plenary meetings: verbatim records: committees: minutes and reports. Geneva, 4-21 May 1965. www.who.int/iris/handle/10665/85781.

WHO. 1966. *Resolution 19.43 der World Health Assembly*. Mai 1966, Genova.

WHO. 1993. *Health, Population and Developement.* 93. Sitzung des Executive Board. Genova: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/171847/EB93_Inf.Doc-6_eng.pdf?sequence=1undisAllowed=y

WHO. 1994. *Challenges in reproductive health research: biennial report: 1992-1993*. Hg. v. Akhil J. Khanna, Paul, Paul F. Look u. David P. van Griffin. Geneva: World Health Organization. www.who.int/iris/handle/10665/39653.

WHO. 1995. *Achieving Reproductive Health for all: The Role of the WHO*. Hg. von A. L. Waddell. Geneva: World Health Organization.

WHO Dept. of Reproductive Health and Research. 1997. *Monitoring Reproductive Health: Selecting a short List of national and global Indicators*. Geneva: World Health Organization.

WHO Dept. of Reproductive Health and Research. 2010. *Human Reproduction Medium-term strategic plan for 2010-2015 and programme budget for 2010-2011*. Geneva: World Health Organization.

WHO Europe. 2001-2013. *Entre Nous. The European Magazine for Sexual and Reproductive Health*. Kopenhagen: World Health Organization.

WHO Europe. 1986. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Kopenhagen: World Health Organization. www.euro.who.int/de/who-we-are/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion.

WHO Europe. 2001. *WHO Regional Strategy on sexual and reproductive health*. Kopenhagen: World Health Organization.

WHO Europe. 2006. »Low fertility – the future of Europe?« *Entre Nous. The European Magazine for Sexual and Reproductive Health* 63.

WHO Europe. 2011. »Sexual Health: A public health challenge in Europe.« *Entre Nous. The European Magazine for Sexual and Reproductive Health*. 72.

Literatur

Achtelik, Kirsten. 2015. Selbstbestimmte Norm. Feminismus, Pränataldiagnostik, Abtreibung. Berlin: Verbrecher Verlag.

Aginam, Obijifor. 2003. »The Nineteenth Century Colonial Fingerprints on Public Health Diplomacy: A Postcolonial View.« *Law, Social Justice and Global Development Journal*, 1. http://elj.warwick.ac.uk/global/03-1/aginam.html.

Ahmed, Sara. 2004. *The Cultural Politics of Emotion*. Edinburgh: University Press.

Albert, Mathias, Bernhard Moltmann und Bruno Schoch, Hg. 2004. *Die Entgrenzung der Politik: Internationale Politik und Friedensforschung*. Frankfurt a.M.: Campus.

Albert, Mathias. 1998. »Entgrenzung und Formierung neuer politischer Räume.« In *Regieren in entgrenzten Räumen*, hg. v. Beate Kohler-Koch, 49-75. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Althoff, Martina/Apel, Magdalena/Bereswill, Mechthild/Gruhlich, Julia/Riegraf, Birgit. 2017. *Feministische Methodologien und Methoden: Traditionen, Konzepte, Erörterungen*. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Amrith, Sunil. 2006. Decolonizing International Health: India and Southeast Asia, 1930-65. London: Palgrave Macmillan.

Anderson, Benedict. 2005. Die Erfindung der Nation: Zur Karriere eines folgenreichen Konzepts. Frankfurt a.M.: Campus.

Angermüller, Johannes. 2005. »Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse in Deutschland: Zwischen Rekonstruktion und Dekonstruktion.« In *Die diskursive Konstruktion von Wirklichkeit,* hg. v. Reiner Keller, Alexander Hirseland, Werner Schneider u. Willy Viehöver, 23-48. Konstanz: UVK.

Armstrong, David. 1993. »Public Health Spaces and the Fabrication of Identity.« In *Sociology* 27 (3): 393-410.

Armstrong, David. 1997. »Foucault and the sociology of health and illness: A prismatic reading.« In *Foucault, Health and Medicine,* hg. v. Alan Petersen u. Robin Bunton, 16-29. New York/London: Routledge.

Arndt, Susan. 2005. »Mythen des weißen Subjekts: Verleugnung und Hierarchisierung von Rassismus.« In *Mythen, Masken und Subjekte. Kritische Weißseinsforschung in Deutschland*, hg. v. Maisha Eggers, Grada Kilomba u. Peggy Piesche, 340-362. Münster: Unrast.

Auth, Diana/Holland-Cunz, Barbara. 2007. *Grenzen der Bevölkerungspolitik: Strategien und Diskurse demographischer Steuerung*. Leverkusen: Barbara Budrich.

Bargetz, Brigitte/Ludwig, Gundula/Sauer, Birgit (Hg.). 2015. *Gouvernementalität und Geschlecht: Politische Theorie im Anschluss an Michel Foucault.* Frankfurt a.M.: Campus.

Barlösius, Eva/Schiek, Daniela. 2007. *Demographisierung des Gesellschaftlichen.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bartel, Daniel/Ullrich, Peter/Ehrlich, Kornelia. 2008. »Kritische Diskursanalyse: Darstellung anhand der Analyse der Nahostberichterstattung linker Medien.« In *Kritik mit Methode? Forschungsmetho-*

den und Gesellschaftskritik, hg. v. Ulrike Freikamp u.a., Berlin: dietz, S. 53-73.

Bashford, Alison. 2004. *Imperial Hygiene: A Critical History of Colonialism, Nationalism and Public Health*. New York: Palgrave Macmillan.

Bashford, Alison. 2006. »Global Biopolitics and the History of World Health.« In *History oft he Human Science* 19 (1): 67-88.

Beck, Ulrich. 1996. »Weltrisikogesellschaft, Weltöffentlichkeit und globale Subpolitik: Ökologische Fragen im Bezugsrahmen fabrizierter Unsicherheiten.« In *Umweltsoziologie. Kölner Zeitrschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 36: 119-147.

Becker, Regina. 2008. *Beratung von pflegenden Angehörigen: Eine queer-feministische Diskursanalyse*. Kasseler gerontologische Schriften, Bd. 45. Kassel: Kassel University Press.

Beer, Ursula. 1990. »Kapitalismus und Patriarchat: Die doppelte Vergesellschaftung von Frauen.« *Zeitschrift für sozialistische Politik* 55: 23-25.

Beer, Ursula. 1991a. Geschlecht, Struktur, Geschichte: Soziale Konstituierung des Geschlechterverhältnisses. Frankfurt a.M.: Campus.

Beer, Ursula. 1991b. »Zur politischen Ökonomie der Frauenarbeit.« In *Die versteinerten Verhältnisse zum Tanzen bringen,* hg. v. Thomas Brüsemeister, Christian Illian u. Uwe Jakomeit, 254-263. Berlin: dietz.

Behrisch, Lars, Hg. 2006. Vermessen, Zählen, Berechnen: Die politische Ordnung des Raums im 18. Jahrhundert. Frankfurt a.M.: Campus.

Berer, Marge. 2017. »Abortion Law and Policy Around the World: In Search of Decriminalization.« *Health and Human Rights*, 19(1): 13-27.

Berer, Marge und Ravindran Sundari. 2000. Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues. In *Reproductive Health Matters* Special Issue. Zugriff 02.04. 2013. www.rhmjournal.org.uk/publications/SafeMotherhood.pdf.

Bernard, Andreas. 2014. Kinder machen: Neue Reproduktionstechnologien und die Ordnung der Familie. Frankfurt a.M.: S. Fischer Verlag.

Beureithel, Ulrike. 2014. »Ambivalente Kampfzonen.« *Gen-ethischer Informationsdienst* 222 (April): 8f.

Bhatia, Rajani und Jennifer Yanco. 2002. »›Vaccination against Pregnancy‹: What you need to know« *Political Environment* 9: 31-37.

Bock, Gisela. 1983. »Racism and Sexism in Nazi Germany: Motherhood, Compulsory Sterilization, and the State.« *Signs*, 8(3): 400-421.

Bock, Gisela und Patricia Thane. 2012. Maternity and Gender Policies: Women and the Rise of the European Welfare States, 1880s–1950s. New York und London: Routledge.

Bock, Gisela und Barbara Duden. 1977. »Arbeit aus Liebe – Liebe als Arbeit: Zur Entstehung der Hausarbeit im Kapitalismus.« In *Frauen und Wissenschaft: Dokumentation der ersten Berliner Sommeruniversität für Frauen*, hg. v. Gruppe Berliner Dozentinnen, 118-199. Berlin: Courage-Verlag.

Borowy, Iris. 2009. Coming to terms with world health: The League of Nations Health Organisation 1921-1946. Frankfurt a.M.: Peter Lang.

Borowy, Iris. 2010. »The League Of Nations Organization: From European to Global Health Concerns.« In *International and Local Approaches to Health and Health Care*, hg. v. Astri Andresen, William H. Hubbard u. Teemu Ryymin, 11-29. Oslo: Novus.

Bourdieu, Pierre. 1996. »Wie Maos rotes Tuch.« *Der Spiegel* 50: 172-179.

Bourdieu, Pierre. 2009. *Entwurf einer Theorie der sozialen Praxis* [1972]. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Braidotti, Rosi. 1991. Patterns of Dissonance: A Study of Women and Contemporary Philosophy. Cambridge: Polity.

Brand, Ulrich, Alex Demirovic, Christoph Görg und Joachim Hirsch, Hg. 2001. *Nichtregierungsorganisationen in der Transformation des Staates.* Münster: Westfälisches Dampfboot.

Brand, Ulrich und Christoph Scherrer. 2005. »Contested Global Governance: Konkurrierende Formen und Inhalte globaler Regulierung.« In *Globalisierung als politische Herausforderung: Global Governance zwischen Utopie und Realität*, hg. v. Maria Behrens, 115-129. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Brand, Ulrich 2018. »Der Staat in der kapitalistischen Globalisierung. Nationaler Wettbewerbsstaat und die Internationalisierung des Staates bei Joachim Hiersch.« In: *Zur Aktualität der Staatsform. Die materialistische Staatstheorie von Joachim Hirsch*, hg. von Ulrich Brand und Christoph Görg, 137-161. Baden-Baden: Nomos.

Brodbeck, Karl-Heinz. 2005. »Ökonomie der Armut.« In: *Option für die Armen: Die Entmarginalisierung des Armutbegriffs in den Wissenschaften*, hg. v. Clemens Sedmak, 59-80. Freiburg, Basel und Wien: Herder.

Brown, Tim und Morag Bell. 2008. »Imperial or postcolonial governance? Dissecting the genealogy of a global public health strategy.« *Social Science and Medicine* 67 (10): 1571-1579.

Bröckling, Ulrich. 2004. »Menschenökonomie, Humankapital: Eine Kritik der biopolitischen Ökonomie.« In *Disziplinen des Lebens: Zwischen Anthropologie, Literatur und Politik*, hg. v. Ulrich Bröckling, Benjamin Bühler, Marcus Hahn, Matthias Schöning u. Manfred Weinberg, 275-296. Tübingen: Gunter Narr.

Bröckling, Ulrich, Susanne Krasmann und Thomas Lemke. Hg. 2000. *Gouvernementalität der Gegenwart – Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Brunnett, Regina. 2007. »Foucaults Beitrag zur Analyse der neuen Kultur von Gesundheit.« In *Foucaults Machtanalytik und Soziale Arbeit: Eine kritische Einführung und Bestandsaufnahme*, hg. v. Roland Anhorn, Frank Bettinger u. Johannes Stehr, 169-184. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bublitz, Hannelore. 1999. »Diskursanalyse als Gesellschafts-›Theorie‹: ›Diagnostik‹ historischer Praktiken am Beispiel der ›Kulturkrisen‹. Semantik und die Geschlechterordnung um die Jahrhundertwende.« In *Das Wuchern der Diskurse: Perspektiven der Diskursanalyse*, hg. v. Hannelore Bublitz, Andrea Bührmann, Christine Hanke u. Andrea Seier, 22-48. Frankfurt a.M.: Campus.

Bublitz, Hannelore. 2003. »Foucaults Genealogie der Moral und die Macht.« In *Macht und Moral: Beiträge zur Dekonstruktion von Moral*, hg. v. Matthias Junge, 101-118. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Bujard, Martin. 2017. »Gäbe es das Elterngeld ohne demografische Argumente?« In *Die transformative Macht der Demografie*, hg. v. Tilman Mayer, 477-499. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Burchell, Graham. 1993. »Liberal Government and the Techniques of the Self.« *Economy and Society* 22 (3): 267-282.

Burchell, Graham, Colin Gordon und Peter Miller, Hg. 1991. *The Foucault Effect: Studies in Governmentality.* Chicago: University of Chicago Press.

Burci, Gian-Luca und Claude-Henri Vignes. 2004. *World Health Organization.* The Hague, London, New York: Kluwer Law International.

Bührmann, Andrea. 2005. »Das Auftauchen des unternehmerischen Selbst und seine gegenwärtige Hegemonialität: Einige grundlegende Anmerkungen zur Analyse des (Trans-)Formierungsgeschehens moderner Subjektivierungsweisen.« *Forum Qualitative Sozialforschung (FQS)* 6 (1): Art. 16. Zugriff 15.07.18. http://nbnresolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0501165.

Caldwell, Anne. 2007. »Die Regierung der Menschheit: Gouvernementalität und Bio-Souveränität.« In *Michel Foucaults »Geschichte der Gouvernementalität« in den Sozialwissenschaften: Internationale Beiträge*, hg. v. Susanne Krasmann u. Michael Volkmer, 107-126. Bielefeld: transcript.

Carroll, Patrick E. 2002. »Medical Police and the history of public health.« *Medical History*, 64 (4): 461-494.

Castel, Robert. 1983. »Von der Gefährlichkeit zum Risiko.« In *Der Mensch als Risiko: Zur Logik von Prävention und Früherkennung*, hg. v. Manfred M. Wambach, 51-74. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Charania, Raisa G. 2005. »Regulated Narratives in Anti-Homophobia Education.« *Canadian Journal of Women's Studies* 24 (2-3): 31-37.

Chorus, Silke. 2012. Care-Ökonomie im Post-Fordismus: Perspektiven einer integralen Ökonomietheorie. Münster: Westfälisches Dampfboot.

Chow, Rey. 2002. *The Protestant Ethnic and the spirit of capitalism.* New York: Columbia University Press.

Chrisler, Joan C. Hg. 2012. *Reproductive Justice: A Global Concern.* Santa Barbara: Praeger.

Connelly, Matthew. 2006. »To Inherit the Earth: Imagining World Population. From the Yellow Peril to the Population Bomb.« *Journal of Global History* 1: 299-319.

Connelly, Matthew. 2008. Fatal Misconception: The Struggle to Control World Population. Cambridge: Belknap.

Cooper, Melinda und Catherine Waldby. 2015. »Biopolitik der Reproduktion: Postfordistische Biotechnologien und die klinische Arbeit von Frauen.« In *Sie nennen es Leben, wir nennen es Arbeit. Biotechnologie, Reproduktion und Familie im 21. Jahrhundert,* hg. v. Kitchen Politics, 18-49. Münster: Edition Assemblage.

Correa, Sonja. 1994. Population and Reproductive Rights: Perspectives from the South.

Correll, Lena. 2011. »Das Gespenst des deutschen Geburtenrückgangs: Eine kritische Analyse wissenschaftlicher Diskurse zum Bevölkerungswandel.« *Femina Politica,* 20 (1): 101-110.

Dalla Costa, Mariarosa. 1973. »Die Frauen und der Umsturz der Gesellschaft.« In *Die Macht der Frauen und der Umsturz der Gesellschaft,* hg. v. Mariarosa Dalla Costa u. Selma James, 27-67. Berlin: Merve.

Davis, Angela Y. 1981. *Women, Race und Class.* New York: Random House.

Dean, Mitchell. 1999. Governmentality: Power and Rule in Modern Society. 1. Aufl. London: Sage.

Deleuze, Gilles. 1991. »Was ist ein Dispositiv?« In *Spiele der Wahrheit: Michel Foucaults Denken,* hg. v. François Ewald u. Bernhard Waldenfels, 153-162. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Demirovic, Alex. 1997. Demokratie und Herrschaft. Aspekte kritischer Gesellschaftstheorie. Westfälisches Dampfboot.

Demirovic, Alex. 2008. »Liberale Freiheit und das Sicherheitsdispositiv: Der Beitrag von Michel Foucault.« In *Gouvernementalität und Sicherheit: Zeitdiagnostische Beiträge im Anschluss an Michel Foucault,* hg. v. Patricia Purtschert, Katrin Meyer u. Yves Winter, 229-250. Bielefeld: transcript.

Derrida, Jacques. 1972. »Die différance.« In *Randgänge der Philosophie, 29-52.* Wien: Passagen.

Detel, Wolfgang 2003. Einleitung. Ordnung des Wissens. In *Michel Foucault. Zwischenbilanz einer Rezeption,* hg. v. Axel Honneth, Martin Saar, 181-191. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Deuser, Patricia. 2010. »Genderspezifische Entwicklungspolitiken und Bevölkerungsdiskurse: Das Konzept der ›Sexuellen und Reproduktiven Gesundheit und Rechte‹ aus postkolonialer Perspektive.« *Pe-*

ripherie: Zeitschrift für Politik und Ökonomie in der Dritten Welt 120 (3): 427-450.

Diekämper, Julia. 2011. *Reproduziertes Leben: Biomacht in Zeiten der Präimplantationsdiagnostik*. Bielefeld: transcript.

Duden, Barbara. 1987. Geschichte unter der Haut: Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730. Stuttgart: Klett-Cotta.

Duden, Barbara und Ivan Illich. 1995. »Die skopische Vergangenheit Europas und die Ethik der Opsis: Plädoyer für eine Geschichte des Blickes und Blickens.« *Historische Anthropologie* 3(2): 203-221.

Duden, Barbara, Jürgen Schlumbohm und Patrice Veit, Hg. 2002. Geschichte des Ungeborenen: Zur Erfahrungs- und Wissensgeschichte der Schwangerschaft, 17.–20 Jahrhundert. Göttingen: Vandenhoeck und Rupprecht.

Duden, Barbara. 2007. Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Missbrauch des Begriffs Leben [1991]. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag.

Edelman, Lee. 2004. *No Future: Queer Theory and the Death Drive.* Durham: Duke University Press.

Engel, Antke und Nina Schuster. 2007. »Die Denaturalisierung von Geschlecht und Sexualität: Queer/feministische Auseinandersetzung mit Michel Foucault.« In *Foucaults Machtanalytik und Soziale Arbeit: Eine kritische Einführung und Bestandsaufnahme*, hg. v. Frank Bettinger, Roland Anhorn u. Johannes Stehr, 135-153. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

El-Tayeb, Fatima. 2011. *European Others: Queering ethnicity in postnational Europe.* Minneapolis: University of Minnesota Press

Erikson, Erik H. 1985 [1950]. *Childhood and Society*. 35. Geburtstags-Aufl. New York: Norton.

Etzemüller, Thomas. 2007. Ein ewigwährender Untergang: Der apokalyptische Bevölkerungsdiskus im 20. Jahrhundert. Bielefeld: transcript.

Ewald, François. 1993. *Der Vorsorgestaat.* Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Faith Weiss, Sheila. 2010. The Nazi Symbiosis: Human Genetics and Politics in the Third Reich. Chicago: University of Chicago Press.

Federici, Silvia. 2010. *The reproduction of labour-power in the global economy, Marxist theory and the unfinished feminist revolution*. Vortrag

im Seminar »The Crisis of Social Reproduction and Feminist Struggle«, University of California, 27.01.2009. Zugriff 04.02.2015. https://caringlabor.wordpress.com/2010/10/25/silvia-federici-the-reproduction-of-labour-power-in-the-global-economy-marxist-theory-and-the-unfinished-feminist-revolution/.

Federici, Silvia. 2017. Caliban und die Hexe: Frauen, der Körper und die ursprüngliche Akkumulation. Wien: Mandelbaum.

Ferdinand, Ursula. 1999. Das Malthusische Erbe: Entwicklungsstränge der Bevölkerungstheorie im 19. Jahrhundert und deren Einfluss auf die Frauenbewegung in Deutschland. Münster: LIT.

Ferguson, James und Akhil Gupta. 2002. »Spatializing States: Toward an Ethnography of Neoliberal Governmentality.« *American Ethnologist* 29 (4): 981-1002.

Folkers, Andreas und Malaika Rödel. 2015. »Biopolitik.« In *Gender Glossar/Gender Glossary*, hg. v. Barbara Drinck, Ilse Nagelschmidt u. Heinz-Jürgen Voss. Zugriff 15.07.18. http://gender-glossar.de

Foucault, Michel. 1974. Die Ordnung des Diskurses: Inauguralvorlesung am Collège de France – 2. Dez. 1970, Frankfurt a.M.: Fischer.

Foucault, Michel. 1977. *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses.* 20. Aufl. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Foucault, Michel. 1983. *Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit.* Bd. 1. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Foucault, Michel. 1990. »Was ist Aufklärung?« In *Ethos der Moderne: Foucaults Kritik der Aufklärung*, hg. v. Eva Erdmann, Rainer Forst u. Axel Honneth, 35-54. Frankfurt a.M.: Campus.

Foucault, Michel. 1992. *Was ist Kritik?* Berlin: Merve Verlag.

Foucault, Michel. 1973. *Archäologie des Wissens.* Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Foucault, Michel. 2000 [1972]. »The Politics of Health in the Eighteenth Century.« In *Essential Works of Foucault,* Bd. 3: Power, hg. v. James D. Faubion, 90-105. New York: The New Press.

Foucault, Michel. 2000 [1978]. »Die Gouvernementalität.« In *Gouvernementalität der Gegenwart: Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*, hg. v. Ulrich Bröckling, Susanne Krasmann u. Thomas Lemke, 41-76. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Foucault, Michel. 2001. In Verteidigung der Gesellschaft: Vorlesungen am College de France (1975-1976). Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Foucault, Michel. 2003 [1973]. *Die Wahrheit und die juristischen Formen*. 4. Aufl. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Foucault, Michel. 2004a [1977-1978]. Geschichte der Gouvernementalität. Bd. 1: Sicherheit, Territorium, Bevölkerung. In Vorlesung am Collège de France 1977-1978. Hg. v. Michel Sennelart. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Foucault, Michel. 2004b [1977-1978]. Geschichte der Gouvernementalität. Bd. 2: Die Geburt der Biopolitik. Vorlesung am Collège de France 1978-1979. Hg. v. Michel Sennelart. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Foucault, Michel. 2005a. »Die Maschen der Macht.« In *Schriften in vier Bänden, Dits et Ecrits, Bd. IV: 1980-1988*, hg. v. Daniel Defert, François Ewald u. Jacques Lagrange, 224-244. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Foucault, Michel. 2005b. »Subjekt und Macht.« In *Schriften in vier Bänden, Dits et Ecrits, Bd. IV: 1980-1988*, hg. v. Daniel Defert, François Ewald u. Jacques Lagrange, 269-294. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Foucault, Michel. 2005c. »Gespräch mit Ducio Trombadori.« In *Schriften in vier Bänden, Dits et Ecrits, Bd. IV: 1980-1988*, hg. v. Daniel Defert, François Ewald u. Jacques Lagrange, 51-119. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Fraser, Nancy. 2014. »Behind Marx's hidden abpode.« *New Left Revies* 86: 55-72.

Freikamp, Ulrike, Matthias Leanza, Janne Mende, Stefan Müller, Peter Ullrich, und Heinz-Jürgen Voß, Hg. 2008. *Kritik mit Methode? Forschungsmethoden und Gesellschaftskritik*. Texte Rosa-Luxemburg-Stiftung, Bd. 42. Berlin: Karl Dietz Verlag, 19-33.

Fried, Marlene, Loretta Ross und Rickie Solinger 2013. »Understanding Reproductive Justice« In Rewire News, 8. Mai 2013, Zuletzt aufgerufen am 03.09.2018 https://rewire.news/article/2013/05/08/understanding-reproductive-justice-a-response-to-obrien/

Fuhrmann, Martin. 2001. Volksvermehrung als Staatsaufgabe: Bevölkerungs- und Ehepolitik in der deutschen politischen und ökonomischen Theorie des 18. Und 19. Jahrhunderts. Paderborn: Schöningh.

Gasteiger, Ludwig. 2008. »Michel Foucaults interpretative Analytik und das unbestimmte Ethos der Kritik.« In *Kritik mit Methode? Forschungsmethoden und Gesellschaftskritik*, hg. v. Ulrike Freikamp, Matthias Leanza, Janne Mende, Stefan Müller, Peter Ullrich u. Heinz-Jürgen Voß, 33-53. Berlin: dietz.

Gebauer, Thomas. 2001. »›...von niemandem gewählt!‹ Über die demokratische Legitimation von NGO« In: *Nichtregierungsorganisationen in der Transformation des Staates*, hg. v. Ulrich Brand, Alex Demirovic, Christoph Görg u. Joachim Hirsch, 95-119. Münster: Westfälisches Dampfboot.

Giami, Alain. 2002. »Sexual health: the emergence, development and diversity of a concept.« *Annual Review of Sex Research*, 13: 1-35.

Giddens, Anthony. 2000. Der Dritte Weg: Die Erneuerung der sozialen Demokratie. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Gilman, Sander. 1985. Difference and Pathology. Stereotypes of Sexuality, Race and Madness. Ithaca: Cornell University Press.

Gordon, Linda. 2002. *The Moral Property of Women: A History of Birth Control Politics in America*. 4. Aufl. Urbana und Chicago: University of Illinois Press.

Gottschall, Karin und Günter Voss. Hg. 2003. Entgrenzung von Arbeit und Leben: Zum Wandel der Beziehung von Erwerbstätigkeit und Privatsphäre im Alltag. 1. Aufl. Augsburg: Rainer Hampp.

Graefe, Stefanie. 2007. Autonomie am Lebensende? Biopolitik, Ökonomisierung und die Debatte um Sterbehilfe. Frankfurt a.M.: Campus.

Greco, Monica. 2000. »Homo Vacuus: Alexithymie und das neoliberale Gebot des Selbstseins.« In *Gouvernementalität der Gegenwart: Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*, hg. v. Ulrich Bröckling, Susanne Krasmann u. Thomas Lemke, 266-288. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Hagemann-White, Carol. 2001 [1984]. *Sozialisation: weiblich – männlich?* 2. Aufl. Opladen: Leske und Budrich.

Hahn, Daphne. 2000. *Modernisierung und Biopolitik: Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch in Deutschland nach 1945*. Frankfurt a.M.: Campus.

Hall, Stuart. 1991. »Europe's Other Self.« *Marxism today* August 1991: 18f.

Han, Petrus. 2006. Theorien zur internationalen Migration: Ausgewählte interdisziplinäre Migrationstheorien und deren zentrale Aussagen. Stuttgart: Lucius.

Haraway, Donna. 1995. *Die Neuerfindung der Natur: Primaten, Cyborgs und Frauen*. Hg. v. Carmen Hammer u. Immanuel Stieß. Frankfurt a.M.: Campus.

Harding, Sandra. 1994. Das Geschlecht des Wissens: Frauen denken die Wissenschaft neu. Frankfurt a.M.: Campus.

Hardt, Michael und Antonio Negri. 2002. *Empire: Die neue Weltordnung*. Frankfurt a.M.: Campus.

Hark, Sabine. 2005. Dissidente Partizipation: Eine Diskursgeschichte des Feminismus. Frankfurt a.M.: Campus.

Hark, Sabine. 2014. »Kontingente Fundierungen: Über Feminismus, Gender und die Zukunft der Geschlechterforschung.« In *Die Zukunft von Gender: Begriff und Zeitdiagnose*, hg. v. Anne Fleig, 51-76. Frankfurt a.M.: Campus.

Hartmann, Betsy. 1995. Reproductive Rights and Wrongs: The Global Politics of Population Control. Boston: South End Press.

Hartmann, Betsy. 1998. »Immuno-contraceptive Research: Two Responses (Letter to the Editors).« *Reproductive Health Matters* 11: 157f.

Haschemi, Yekani, E. 2011. The Privilege of Crisis: Narratives of Masculinities in Colonial and Postcolonial Literature, Photography and Film. Frankfurt a.M.: Campus.

Haug, Frigga. 2002. »Zur Theorie der Geschlechterverhältnisse.« *Das Argument*. 27. März 2002. Zugriff 13.07.2018. https://www.linksnet.de/artikel/18052.

Heitzmann, Daniela. 2017. Fortpflanzung und Geschlecht: Zur Konstruktion und Kategorisierung generativer Praxis. Bielefeld: transcript.

Held, David. 1991. »Democracy, the nation state and the global system.« In *Political theory today*, 197-235. Stanford: Stanford University Press.

Held, David. 1995. Democracy and the global order: From the modern state to cosmopolitan governance. Stanford: Stanford University Press.

Hennessy, Rosemary. 2000. *Profit and Pleasure: Sexual Identities in Late Capitalism*. New York und London: Routledge.

Hill-Collins, Patricia. 2000. »It's all in the family: Intersections of gender, race, and nation.« In *Decentering the center: Philosophy for a multicultural, postcolonial, and feminist world*, hg. v. Uma Narayan u. Sandra Harding, 156-176. Bloomington: Indiana University Press.

Hirsch, Joachim. 2001. »Die Internationalisierung des Staates.« In: Das Argument 236, 325-339.

Hirsch, Joachim. 2005. Materialistische Staatstheorie: Transformationsprozesse des kapitalistischen Staatensystems. Hamburg: VSA.

Hirsch, Joachim und Bob Jessop. 2001. Die Zukunft des Staates: Denationalisierung, Internationalisierung, Renationalisierung. Hamburg: VSA.

Hirschauer, Stefan, Birgit Heimerl, Anika Hoffmann und Peter Hofmann. 2014. *Soziologie der Schwangerschaft: Explorationen pränataler Sozialität.* Oldenbourg: De Gruyter.

Holland-Cunz, Barbara. 2003. *Die alte neue Frauenfrage.* Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Honegger, Claudia. 1991. Die Ordnung der Geschlechter: Die Wissenschaften vom Menschen und das Weib, 1750-1850. Frankfurt a.M.: Campus.

Höhler, Sabine. 2007. »The Law of Growth: How ecology accounted for World Population in the 20th Century.« *Distinktion. Scandinavian Journal for Social Theory* 14: 45-64.

Hummel, Diana. 2000. Der Bevölkerungsdiskurs: Demographisches Wissen und politische Macht. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Illich, Ivan. 1981. Die Nemesis der Medizin. Von den Grenzen des Gesundheitswesens. 1. Aufl. Reinbek: Rowohlt.

Irigaray, Luce. 1980. *Speculum. Spiegel des anderen Geschlechts.* Frankfurt a.M..: Suhrkamp.

Jaggar, Alison und William McBride. 1989. »Reproduktion als männliche Ideologie«. In *Denkverhältnisse: Feminismus als Kritik*, hg. v. Elisabeth List, 133-163. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Jäger, Margarete. 2004. »Diskursanalyse: Ein Verfahren zur kritischen Rekonstruktion von Machtbeziehungen.« In *Handbuch Frauen- und*

Geschlechterforschung: Theorie, Methoden, Empirie, hg. v. Ruth Becker u. Beate Kortendiek, 336-341. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Jäger, Siegfried. 2004. *Kritische Diskursanalyse. Eine Einführung*. 4. Aufl. Münster: Unrast.

Jessop, Bob. 2007. »From Micro-Powers to Governmentality: Foucaults Work on Statehood, state formation, statecraft and state power.« *Political Geography* 26(1): 34-40.

Joseph, Jonathan. 2010. »The Limits of Governmentality: Social Theory and the International.« *European Journal of International Relations* 16 (2): 223-246.

Kahlert, Heike. 2007. »Demographische Frage, ›Qualität‹ der Bevölkerung und pronatalistische Politik – ungleichheitssoziologisch betrachtet.« *Prokla* 37 (1), 61-75.

Kahlert, Heike und Anneli Rüling. 2008. »Geschlecht, Generativität und die »Natur der Gesellschaft«: Analysen im Anschluss an Giddens und Foucault.« In *Die Natur der Gesellschaft: Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006. Teilbd. 1 u. 2*, hg. v. Karl-Siegbert Rehberg u. Deutsche Gesellschaft für Soziologie (DGS), 4729-4736. Frankfurt a.M.: Campus.

Kalender, Ute. 2012. Körper von Wert: Eine kritische Analyse der bioethischen Diskurse über die Stammzellenforschung. Bielefeld: transcript.

Kaufmann, Margrit E. 2002. *KulturPolitik–KörperPolitik–Gebären*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Keller, Reiner. 1997. »Diskursanalyse.« In *Sozialwissenschaftliche Hermeneutik: Eine Einführung*, hg. v. Ronald Hitzler u. Anne Honer, 309-333. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Keller, Reiner. 2005. »Wissenssoziologische Diskursanalyse als interpretative Analytik.« In *Die diskursive Konstruktion von Wirklichkeit. Zum Verhältnis von Wissenssoziologie und Diskursforschung*, hg. v. Reiner Keller, Andreas Hirseland, Werner Schneider u. Willy Viehöfer, 49-75. Konstanz: UVK.

Keller, Reiner. 2011. Wissenssoziologische Diskursanalyse: Grundlegung eines Forschungsprogramms. 3. Aufl. Bielefeld: transcript.

Keller, Reiner, Andreas Hirseland, Werner Schneider und Willy Viehöfer 2001. »Zur Aktualität sozialwissenschaftlicher Diskursanalyse: Eine Einführung.« In *Handbuch sozialwissenschaftliche Diskursanalyse,* Bd 1: Theorien und Methoden 7-27. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Keller, Reiner, Alexander Hirseland, Werner Schneider und Willy Viehöver, Hg. 2005. Die diskursive Konstruktion von Wirklichkeit: Zum Verhältnis von Wissenssoziologie und Diskursforschung. Konstanz: UVK.

Kelly, Mark. 2010. »International Biopolitics: Foucault, Globalisation and Imperialism.« *Theoria: A Journal of Social and Political Theory* 57 (123): 1-26.

Kemper, Andreas und Heike Weinbach. 2009. *Klassismus. Eine Einführung*. Münster: Unrast.

Kickbusch, Illona. 2006. Die Gesundheitsgesellschaft: Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Kiersey, Nicholas J. und Doug Stokes, Hg. 2011. *Foucault and international relations: New Critical Engagements.* New York und London: Routledge.

King, Nicholas. 2002. »Security, disease, commerce: Ideologies of postcolonial global health.« *Social Studies of Science*, 32 (5-6): 763-789.

Kitchen Politics, Hg. 2015. Sie nennen es Leben, wir nennen es Arbeit. Biotechnologie, Reproduktion und Familie im 21. Jahrhundert. Münster: Edition Assemblage.

Kohler-Koch, Beate. 1993. »Die Welt regieren ohne Weltregierung.« In *Regieren im 21. Jahrhundert – zwischen Globalisierung und Regionalisierung*, hg. v. Carl Börhet u. Gottrik Wewer, 109-141. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kohlmorgen, Lars. 2007. »Klasse, Geschlecht, Regulation – Ein integraler Ansatz der Sozialstrukturanalyse.« In *Achsen der Ungleichheit: Zum Verhältnis von Klasse, Geschlecht und Ethnizität,* hg. v. Cornelia Klinger, Gudrun Axeli-Knapp u. Birgit Sauer, 163-177. Frankfurt a.M.: Campus.

Kontos, Silvia. 2015. »Von der Hausarbeitsdebatte zur ›Krise der Reproduktion‹?« In *Was ist der ›Stand des Marxismus‹? Soziale und epistemologische Bedingungen kritischer Theorie*, hg. v. Alex Demirovic, Sebastian Klauke u. Etienne Schneider, 78-103. Münster: Westfälisches Dampfboot.

Kontos, Sylvia und Karin Walser. 1978. »Hausarbeit ist doch keine Wissenschaft.« *Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis. Erste Orientierungen* 1: 66-80.

Kotre, John N. 1984. *Outliving the self: Generativity and the interpretation of lives.* Baltimore: Johns Hopkins University Press.

König, Tomke. 2012. Familie heißt Arbeit teilen: Transformationen der symbolischen Geschlechterordnung. Konstanz: UVK.

Krajic, Karl, Rudolf Forster und Elisabeth Mixa. 2009. »Die Gesundheitsgesellschaft – eine Herausforderung für eine theoretisch orientierte Gesundheits- und Medizinsoziologie?« *ÖZS* 34: 3-12.

Krasmann, Susanne und Michael Volkmer. Hg. 2006. Michel Foucaults »Geschichte der Gouvernementalität« in den Sozialwissenschaften. Bielefeld: transcript.

Krause, Elizabeth L. 2006. »Dangerous Demographies and the Scientific Manufacture of Fear.« *Corner House Briefing* 36. Zugriff 13.07.2018. www.thecornerhouse.org.uk/sites/thecornerhouse.org.uk/files/36dangerous.pdf .

Landwehr, Achim. 2007. Die Erschaffung Venedigs: Raum, Bevölkerung, Mythos 1570-1750. Paderborn: Schöningh.

Landweer, Hilge. 1993. »Kritik und Verteidigung der Kategorie Geschlecht: Wahrnehmungs- und symboltheoretische Überlegungen.« In *Feministische Studien: Zeitschrift für interdisziplinäre Frauen- und Geschlechterforschung* 2(11): 34-43.

Landweer, Hilge. 1994. »Generativität und Geschlecht. Ein blinder Fleck in der sex/gender-Debatte«. In *Denkachsen. Zur theoretischen und institutionellen Rede von Geschlecht*, hg. v. Gesa Lindemann und Theresa Wobbe, 147-176. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Larner, Wendy und William Walters, Hg. 2004. *Global Governmentality: Governing international Spaces.* New York und London: Routledge.

Larsen, Lars T. 2007. »Speaking Truth to Biopower: On the Genealogy of Bioeconomy«. *Distinktion: Scandinavian Journal of Social Theory* 14: 9-24.

Larsen, Lars T. 2012. »Wahr-Sprechen und Biomacht: Zur Genealogie der Bioökonomie.« In *Bioökonomie: Die Lebenswissenschaften und die Bewirtschaftung der Körper, hg. v. Susanne* Lettow, 19-38. Bielefeld: transcript.

Lemke, Thomas. 1997. Eine Kritik der politischen Vernunft: Foucaults Analyse der modernen Gouvernementalität. 1. Aufl. Berlin: Argument.

Lemke, Thomas. 2000. »Die Regierung der Risiken: Von der Eugenik zur genetischen Gouvernementalität.« In *Gouvernementalität der Gegenwart*: *Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*, hg. v. Ulrich Bröckling, Susanne Krasmann u. Thomas Lemke, 227-265. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Lemke, Thomas. 2007. »Eine unverdauliche Mahlzeit? Staatlichkeit, Wissen und die Analytik der Regierung.« In *Michel Foucaults »Geschichte der Gouvernementalität« in den Sozialwissenschaften: Internationale Beiträge*, hg. v. Susanne Krasmann u. Michael Volkmer, 47-53. Bielefeld: transcript.

Lengwiler, Martin und Madarász, Jeannette, Hg. 2014. *Das präventive Selbst: Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik*. Bielefeld: transcript.

Lettow, Susanne. 2011. Biophilosophien: Wissenschaft, Technologie und Geschlecht. Frankfurt a.M.: Campus.

Lettow, Susanne, Hg. 2012. Bioökonomie: Die Lebenswissenschaften und die Bewirtschaftung der Körper. Bielefeld: transcript.

Lettow, Susanne (2015). »Biokapitalismus und Inwertsetzung der Körper: Perspektiven in der Kritik.« *Prokla* 45 (1): 33-49.

Lewis, Gail. 2006. »Imaginaries of Europe, Technologies of Gender, Economies of Power.« *European Journal of Women's Studies* 13(2): 87-102.

Link, Jürgen. 1986. »Kleines Begriffslexikon.« *kultuRRevolution* 11: 71.

Link, Jürgen. 1995. »Diskurstheorie.«, In *Historisch-Kritisches Wörterbuch des Marxismus* Bd. 2, hg. v. Wolfgang F. Haug, 727-743. Hamburg: Argument.

Lipschutz, Ronnie D. und James K. Rowe. 2005. Globalization, Governmentality and global Politics: Regulation for the Rest of us? New York und London: Routledge.

Loetz, Francisca. 1993. Vom Kranken zum Patienten: »Medikalisierung« und medizinische Vergesellschaftung am Beispiel Badens 1750-1850. Stuttgart: Franz Steiner.

Lorey, Isabell. 2011. Figuren des Immunen: Elemente einer politischen Theorie. Zürich: diaphanes.

Lorey, Isabell. 2015. »Sex Machine oder: Die Führung der Individuen durch Sexualität – Überlegungen zur Gouvernementalität.« In *Gouvernementalität und Geschlecht: Politische Theorie im Anschluss an Michel Foucault*, hg. v. Brigitte Bargetz, Gundula Ludwig u. Birgit Sauer, 62-89. Frankfurt a.M.: Campus.

Ludwig, Gundula. (2011). Geschlecht regieren. Zum Verhältnis von Staat, Subjet und heteronormativer Hegemonie. Frankfurt a.M.: Campus.

Luna, Zakiya. 2009. »From Rights to Justice: Women of Color Changing the Face of US Reproductive Rights Organizing.« *Societies without Borders* 4(3): 343-365.

Mackensen, Rainer und Jürgen Reulecke, Hg. 2009. *Das Konstrukt »Bevölkerung« vor, im und nach dem »Dritten Reich«.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Madörin, Mascha. 2001. »Care Economy: Ein blinder Fleck in der Wirtschaftstheorie.« *Widerspruch* 40: 41-45.

Madörin, Mascha. 2010. »Care-Ökonomie: Eine Herausforderung für die Wirtschaftswissenschaften.« In *Gender and Economics: Feministische Kritik der politischen Ökonomie*, hg. v. Christine Bauhardt u. Gülay Cağlar, Gülay, 81-103. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Maihofer, Andrea. 1995. Geschlecht als Existenzweise: Macht, Moral, Recht und Geschlechterdifferenz. Sulzbach: Helmer.

Maihofer, Andrea. 2014. »Disziplin – Disziplinierung – Habitualisierung.« In *Disziplin – Discipline. 28. Kolloquium (2013) der Schweizerischen Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften*, hg. v. Balz Engler, 57-75. Fribourg: Academic Press.

McClintock, Anne. 1995. Imperial Leather. Race, Gender and Sexuality in the Colonial Contest. New York und London: Routledge.

McClintock, Anne. 1997. »›No longer in a future heaven‹: Gender, Race, and Nationalism.« In *Dangerous Liaisons: Gender, Nation and Postcolonial Perspectives*, hg. v. Anne McClintock, Aamir Mufti u. Ella Shohat, 89-112. Minneapolis und London: University of Minnesota Press.

Meißner, Hanna. 2010. Jenseits des autonomen Subjekts: Zur gesellschaftlichen Konstitution von Handlungsfähigkeit im Anschluss an Butler, Foucault und Marx. Bielefeld: transcript.

Meißner, Hanna. 2011. »Totalität und Vielfalt – gesellschaftliche Wirklichkeit als multidimensionaler Zusammenhang.« *Prokla* 41(4): 543-560.

Mesner, Maria. 2010. Geburtenkontrolle. Reproduktionspolitik im 20. Jahrhundert. Wien/Köln/Weimar: Böhlau.

Messner, Dirk. 1997. »Netzwerktheorien: Die Suche nach Ursachen und Auswegen aus der Krise staatlicher Steuerungsfähigkeit.« In *Vernetzt und verstrickt: Nicht-Regierungsorganisationen als gesellschaftliche Produktivkraft*, hg. v. Elmar Altvater, Achim Brunnengräber, Markus Haake u. Heike Walk, 27-63. Münster: Westfälisches Dampfboot.

Messner, Dirk. 2005. »Global Governance: Globalisierung im 21. Jahrhundert gestalten.« In *Globalisierung als politische Herausforderung: Global Governance zwischen Utopie und Realität*, hg. v. Maria Behrens, 27-55. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Michalitsch, Gabriele. 2013. »Das Geheimnis der Gouvernementalität: Der maskulinistische Ökonomie-Begriff und die verdrängte Reproduktion.« *Femina politica* 22(1): 20-31.

Murray, Charles und Richard J. Hernstein. 1994. *The Bell Curve: Intelligence and Class Structure in American Life*. 1. Aufl. New York: Free Press.

Müller, Beatrice. 2013. »Wert-Abjektion als konstituierende und strukturierende Kraft von Care-Arbeit im patriarchalen Kapitalismus.«

Femina Politica. Zeitschrift für feministische Politikwissenschaft 22 (1): 31-43.

Müller, Beatrice. 2014. »Wert-Abjektion als grundlegende Herrschaftsform des patriarchalen Kapitalismus – ›Sorge(n)freie‹ Gesellschaft als Resultat.« *Prokla* 44(174): 31-52.

Naidoo, Jennie und Jane Wills. 2003. *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Napoli, Paolo. 2003. Naissance de la police moderne: Pouvoir, normes, société. Paris: La Découverte.

Nay, Yv Eveline und Sushila Mesquita. 2013. »We are Family?! Eine queerfeministische Analyse affektiver und diskursiver Praxen in der Familienpolitik.« In *Keine Zeit für Utopien? Perspektiven der Lebensformenpolitik im Recht*, hg. v. Bettina Bannwart, Michelle Cottier, Cheyenne Durrer, Anne Kühler u. Zita Küng, 193-218. Zürich und St. Gallen: Dike.

Nettleton, Sarah. 1997. »Governing the risky self: How to become healthy, wealthy and wise.« In *Foucault, Health and Medicine*, hg. v. Alan Petersen u. Robin Bunton, 207-222. Frankfurt a.M.: Campus.

Neumann, Iver B. und Ole J. Sending. 2007. »›The International‹ as Governmentality.« *Millenium: Journal of International Studies* 35 (3): 677-701.

Nipperdey, Justus. 2012. Die Erfindung der Bevölkerungspolitik: Staat, politische Theorie und Population in der frühen Neuzeit. Göttingen: Vandenhoeck und Rupprecht.

O'Brien, Mary. 1981. *The Politics of Reproduction*. New York und London: Routledge und Kegan Paul.

O'Brien, Mary. 1997. »Die Dialektik der Reproduktion.« In Ein alltägliches Spiel: Geschlechterkonstruktion in der Praxis, hg. v. Irene Dölling und Beate Krais, 75-103. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Pateman, Carol 1992. Gleichheit, Differenz, Unterordnung. Die Mutterschaftspolitik und die Frauen in ihrer Rolle als Staatsbürgerinnen. In: Feministische Studien, Jg. 10, Nr. 1. 54-69.

Petchesky, Rosalind P. 1989. »Reproduktive Freiheit: Jenseits des ›Rechts der Frau auf Selbstbestimmung‹.« In Denkverhältnisse. Feminis-

mus und Kritik, hg. v. Elisabeth List u. Herlinde Studer, 164-201. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Petersen, Alan und Deborah Lupton. 1996. *The new public health: Health and self in the age of risk*. Thousand Oaks: Sage.

Pieper, Marianne. 2003. Gouvernementalität: Ein sozialwissenschaftliches Konzept in Anschluss an Foucault. Frankfurt a.M.: Campus.

Pieper, Marianne, Efthimia Panagiotidis und Vassilia Tsianos. 2009. »Regime der Prekarität und verkörperte Subjektivierung.« In *Arbeit und Nicht-Arbeit: Entgrenzungen und Begrenzungen von Lebensbereichen und Praxen,* hg. v. Gerrit Herrlyn, Johannes Müske, Klaus Schönberger u. Ove Sutte, 341-357. München: Rainer Hampp.

Poland, Blake, David Coburn, Ann Robertson und Joan Eakin. 1998. »Wealth, equity and health care: A critique of a ›population health‹ perspective on the determinants of health.« *So Sci Med* 46(7): 785-798.

Porter, Dorothy. 1991. »›Enemies of the Race‹: Biologism, Environmentalism, and Public Health in Edwardian England«. *Victorian Studies* 34 (2): 159-178.

Porter, Dorothy. 1999. Health, Civilization and the State: A history of public health from ancient to modern times. New York und London: Routledge.

Price, Kimala. 2010. »What is ›reproductive justice‹? How women of color activists are redefining the pro-choice paradigm.« *Meridians: feminism, race, transnationalism* 10(2): 42-65.

Pühl, Katharina. 2008. »Zur Ent-Sicherung von Geschlechterverhältnissen, Wohlfahrtsstaat und Sozialpolitik: Gouvernementalität der Entgarantierung und Prekarisierung.« In *Sicherheitsgesellschaft: Foucault und die Grenzen der Gouvernementalität*, hg. v. Patricia Purtschert, Katrin Meyer u. Yves Winter, 103-126. Bielefeld: transcript.

Rainer, Bettina. 2005. Bevölkerungswachstum als globale Katastrophe: Apokalypse und Unsterblichkeit. Münster: Westfälisches Dampfboot.

Randeria, Shalini. 2006. »Malthus contra Condorcet: Bevölkerungspolitik, Gender und Kultur aus ethnologischer Perspektive.« *Historische Anthropologie*, 14(1): 30-48.

Rao, Mohan und Sarah Sexton, Hg. 2010. Markets and Malthus: Population, Gender and Health in Neo-Liberal Times. Thousand Oaks: Sage.

Redden, Candace. 2002. »Health as Citizenship Narrative.« *Polity* 34(3): 355-370.

Reinfeldt, Sebastian und Richard Schwarz. 2004. »Naissance de la Biopolitique. Liberalismus und Biopolitik.« In *Governmentality Studies: Analysen liberal-demokratischer Gesellschaften in Anschluss an Foucault*, hg. v. Wolfgang Pirchert u. Ramón Reichert, 101-111. Münster: LIT.

Roberts, Dorothy. 1997. Killing the Black Body: Race, Reproduction and the Meaning of Liberty. New York: Pantheon.

Rodríguez, Encarnación Gutiérrez. 2010. *Affective Value: On Coloniality, Feminization and Migration*. Zugriff 16.07.18. http://eipcp.net/transversal/0112/gutierrez-rodriguez/en

Rose, Nikolas. 2007. The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty-First Century. Princeton: Princeton University Press.

Ross, Ellen. 1993. *Love and toil: Motherhood in outcast London, 1870-1918*. Oxford: Oxford University Press.

Ross, Loretta. 2006. »Understanding Reproductive Justice: Transforming the Pro-Choice-Movement« *Off Our Backs* (36) 4, 14-19.

Saar, Martin. 2007. »Macht, Staat, Subjektivität: Foucaults Geschichte der Gouvernementalität.« In *Michel Foucaults »Geschichte der Gouvernementalität« in den Sozialwissenschaften: Internationale Beiträge*, hg. v. Susanne Krasmann u. Michael Volkmer, 23-46. Bielefeld: transcript.

Sancar, Annemarie und Leena Schmitter. 2014. »Freiwillige Familienplanung? Eine bevölkerungspolitische List!« In *Die unheimlichen Ökologen: Sind zu viele Menschen das Problem?*, hg. v. Balthasar Glätti u. Pierre Alain Niklaus, 87-95. Zürich: Rotpunktverlag.

Sänger, Eva, Annalena Dörr, Judith Scheunemann und Patrivia Treusch, 2013. »Embodying Schwangerschaft: pränatales Eltern-Werden im Kontext medizinischer Risikodiskurse und Geschlechternormen« In *Körper, Raum, Transformation. Gender-Dimensionen von Natur und Materie*, 123-141, Münster: Westfälisches Dampfboot.

Sarasin, Philip. 2001. Reizbare Maschinen: Eine Geschichte des Körpers 1765-1914. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Sarrazin, Thilo. 2010. *Deutschland schafft sich ab: Wie wir unser Land aufs Spiel setzen.* München: DVA.

Sax, Anna. 1995. »Gewonnen hat das Patriarchat: Die internationale Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung in Kairo.« *Olympe: Feministische Arbeitshefte zur Politik* 2: 98-103.

Schadler, Cornelia. (2013. Vater, Mutter Kind werden. Eine posthumanistische Ethnographie der Schwangerschaft. Bielefeld: transcript.

Schäfgen, Karin. 2000. Die Verdopplung der Ungleichheit: Sozialstruktur und Geschlechterverhältnisse in der Bundesrepublik und in der DDR. Dissertation, Humboldt-Universität zu Berlin.

Schilliger, Sarah. 2009. »Who Cares? Care-Arbeit im neoliberalen Geschlechterregime.« *Widerspruch* 93: 93-106.

Schmidt, Burghart. 1999. »Utopie anfragen – zwischen Globalisierung und der Veränderung von Arbeit.« *Widerspruch: Münchner Zeitschrift für Philosophie* 33: 10-16.

Schmidt, Daniel. 2005. *Statistik und Staatlichkeit.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schoen, Joanna. 2005. Choice and Coercion: Birth Control, Sterilization and Abortion in Public Health and Welfare. Chapel Hill: The University of North Carolina Press.

Scholz, Roswitha. 1999. »Wert und Geschlechterverhältnis.« *Streifzüge* 2/1999: xx.

Scholz, Roswitha. 2011. Das Geschlecht des Kapitalismus: Feministische Theorie und die Metamorphose des Patriarchats. Bonn: Horlemann.

Schrupp, Anje. 2013. Letz Talk about Schwanger werden. Zugriff 22.08.2018. https://antjeschrupp.com/2013/02/18/letz-talk-about-schwangerwerdenkoennen/

Schuhmann, Antje. 2004. »race_gender_class. Zur postkolonialen Kultur des Nationalen: Eine feministische Kritik.« Dissertation, Uni München.

Schultz, Susanne. 2003a. »Neoliberale Transformationen internationaler Bevölkerungspolitik: Die Politik Post-Kairo aus der Perspektive der Gouvernementalität.« *Peripherie* 92 (23): 452-480.

Schultz, Susanne. 2003b. »Von der Regierung reproduktiver Risiken: Gender und die Medikalisierung internationaler Bevölkerungspolitik.« In *Gouvernementalität: Ein sozialwissenschaftliches Konzept in Anschluss an Foucault*, hg. v. Marianne Pieper u. Encarnación Gutiérrez Rodriguez, 68-89. Frankfurt a.M.: Campus.

Schultz, Susanne. 2006. Hegemonie – Gouvernementalität – Biomacht: Reproduktive Risiken und die Transformation internationaler Bevölkerungspolitik. Münster: Westfälisches Dampfboot.

Schultz, Susanne. 2012. »Biopolitik und Demografie: Eine staatskritische intersektionale Analyse aktueller deutscher Familienpolitik.« In *Biopolitik und Geschlecht: Zur Regulierung des Lebendigen*, hg. v. Eva Sänger u. Malaika Rödel, 108-128. Münster: Westfälisches Dampfboot.

Schultz, Susanne. 2016. »Die zukünftige Nation: Demografisierung von Migrationspolitik und neue Konjunkturen des Rassismus.« *movements. Journal for Critical Migration and Border Regime Studies* 2 (1). Zugriff 16.07.18. http://movements-journal.org/issues/03.rassismus/06.schultz–die.zukuenftige.nation.html.

Schutzbach, Franziska. 2013. »Vom Aussterben Europas: Eine kritische Einschätzung von Fortpflanzungsdiskursen in europäischen Gesundheitsprogrammen.« *GENDER. Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft* 5 (1): 72-87.

Schwab-Trapp, Michael 1996. Konflikt, Kultur und Interpretation: Eine Diskursanalyse des öffentlichen Umgangs mit dem Nationalsozialismus. Opladen: Leske und Budrich.

Selby, Jan. 2007. »Engaging Foucault: Discourse, Liberal Governance and the Limits of Foucauldian IR.« *International Relations* 21 (3): 325-345.

Sen, Amartya. 1984. »Ingredients of Famine Analysis: Availability and Entitlements.« *Resources, Values and Development* 95: 433-464.

Sen, Amartya. 1997. »Population Policy: Authoritarianism vs. Cooperation.« *Journal of Development Economics* 10 (1): 3-22.

Sen, Amartya. 1999. Ökonomie für den Menschen. Wege zur Gerechtigkeit. München: dtv.

Sennelart, Michel. 1989. Les arts de gouverner: Du »regimen« médiéval au concept de gouvernement. Montrouge: Éditions du Seuil.

Singer, Linda. 1996. »Biopolitik im Zeitalter der sexuellen Epidemien.« In *geld.beat.synthetik: Abwerten biotechnologischer Annahmen*, hg. v. BüroBert, MinimalClub u. Susanne Schultz, 182-186. Berlin und Amsterdam: ID.

Smith, Andrea. 2005. *Conquest: Sexual Violence and American Indian Genocide*. 1. Aufl. Cambridge: South End Press.

Soiland, Tove. 2010. Luce Irigarays Denken der sexuellen Differenz: Eine dritte Position im Streit zwischen Lacan und den Historisten. Wien: Turia und Kant.

Solinger, Rickie. 2001. *Beggars and Choosers*: *How the Politics of Choice Shapes Adoption, Abortion, and Welfare in the United States.* New York: Hill & Wang.

Solinger, Rickie, und Loretta Ross. 2017. *Reproductive Justice*: *An Introduction*. Berkeley: University of California Press.

Sprenger, Ute. 1994. »Modernisierte Geburtenkontrolle. Verhütungsforschung zwischen Wissenschaftlerehrgeiz, kontrazeptiver Effektivität und staatlichem Fruchtbarkeitsmanagement.« In: beiträge zur feministischen theorie und praxis, 17. Jg. (1994) H. 38: 105-118.

Stock, Günter, Hans Bertram, Alexia Fürnkranz-Prskawetz, Wolfgang Holzgreve, Martin Kohli und Ursula M. Staudinger, Hg. 2012. Zukunft mit Kindern: *Fertilität und gesellschaftliche Entwicklung in Deutschland, Österreich und der Schweiz.* Frankfurt a.M.: Campus.

Stoler, Ann. 1995. Race and the Education of Desire: Foucaults History of Sexuality and the Colonial Order of Things. Durham: Duke University Press.

Tazi-Preve, Mariam I. 2013. Motherhood in Patriarchy: Animosity Toward Mothers in Politics and Feminist Theory – Proposals for Change. Leverkusen: Barbara Budrich.

Tellmann, Ute. 2009. »Foucault and the Invisible Economy.« *Foucault Studies* No 6: 5-34.

Tellmann, Ute. 2010. »Ökonomie und Biopolitik: Unklare Beziehungen und Vergessene Genealogien.« In *Biopolitische Konstellationen*, hg. v. Maria Muhle u. Kathrin Thiele, 61-81. Berlin: August.

Tellmann, Ute. 2013. »Catastrophic Population and the Fear of the Future: Malthus and the Genealogy of Liberal Economy.« *Theory, Culture und Society* 30 (2): 135-155.

Tellmann, Ute. 2017. Life and Money. A Genealogy of the liberal Economy and the Displacement of Politics. New York: Columbia University Press.

Terkessidis, Mark. 2010. *Interkultur.* Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Teubert, Wolfgang. 2003. »Provinz eines föderalen Superstaates – regiert von einer nicht gewählten Bürokratie? Schlüsselbegriffe des europakritischen Diskurses in Großbritannien.« In *Handbuch sozialwissenschaftliche Diskursanalyse*, hg. v. Rainer Keller, Andreas Hirseland, Werner Schneider u. Willy Viehöver, 353-388. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Thompson, Charis. 2005. Making Parents: The Ontological Choreography of Reproductive Technologies. Cambridge: MIT.

Titmuss, Richard M. 1958. *Essays on »The Welfare State«.* London: George Allen & Unwin.

Toppe, Sabine. 1998. »Die Polizey und die Mütter.« *Einblicke* 27. Zugriff 16.07.18. https://www.uni-oldenburg.de/einblicke/27/die-polizey-und-die-muetter/

Trallori, Lisbeth N. 1998. »Politiken zur Produktion und Reproduktion menschlichen Lebens.« In *Geschlecht und Eigensinn: Feministische Recherchen in der Politikwissenschaft,* hg. v. Eva Kreisky u. Birgit Sauer, 131-141. Wien: Böhlau.

Tuori, Salla. 2009. The Politics of Multicultural Encounters. Feminist Postcolonial Perspectives. Dissertation, Abo Akademi University.

Ullrich, Peter. 2008. »Diskursanalyse, Diskursforschung, Diskurstheorie: Ein- und Überblick.« In *Kritik mit Methode? Forschungsmethoden und Gesellschaftskritik,* hg. v. Ulrike Freikamp, Matthias Leanza, Janne Mende, Stefan Müller, Peter Ullrich u. Heinz-Jürgen Voß, 19-33. Berlin: dietz.

Vasilache, Andreas. 2014. Gouvernementalität, Staat und Weltgesellschaft: Studien zum Regieren in Anschluss an Foucault. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Villa, Paula I. 2003. »Das Subjekt Frau als Geschlecht mit Körper und Sexualität: Zum Stand der Geschlechterforschung in der Soziologie.« In *Soziologische Forschung: Stand und Perspektiven. Ein Handbuch*, hg. v. Barbara Orth, Thomas Schwietring u. Johannes Weiß, 155-167. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Vogl, Joseph. 2004. »Regierung und Regelkreis: Historisches Vorspiel.« In *Cybernetics – Kybernetik: The Macy Conferences 1946-1953*, hg. v. Claus Pias, 67-79. Zürich: diaphanes.

Vorzimmer, Peter. 1969. »Darwin, Malthus, and the Theory of Natural Selection.« *Journal of the History of Ideas* 30 (4): 527-542.

Vrasti, Wanda. 2013. »Universal but not truly ›global‹: Governmentality, economic liberalism and the international.« *Review of International Studies* 39 (1): 49-69.

Watkins, Susan C. 1993. »From Provinces into Nations: Demographic Integration in Western Europe 1870-1960.« *The Journal of Modern History* 65(3): 597-599.

Wecker, Regina, Sabine Braunschweig, Gabriela Imboden und Hans Jakob Ritter. 2013. *Eugenik und Sexualität: Die Regulierung reproduktiven Verhaltens in der Schweiz, 1900-1960*. Zürich: Chronos.

Weir, Lorna 1996. Recent Developments in the Gouvernement of Pregnancy, in: Economy and Society, Vol. 25, Nr. 3: 372-392.

Weindling, Paul. 1989. Health, Race and German Politics Between National Unification and Nazism 1870-1945. Cambridge: Cambridge University Press.

Weingart, Peter, Jürgen Kroll und Kurt Bayertz. 1988. *Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp

Weingarten, Karen. 2012. »Impossible Decisions: Abortion, Reproductive Technologies, and the Rhetoric of Choice.« *Women's Studies* 41 (3): 263-281.

Welsch, Wolfgang. 1988. *Unsere postmoderne Moderne*. 2. Aufl. Weinheim: Akademie.

West, Candace/Zimmerman, Don H. 1987. »Doing Gender.« In *Gender and Society* 1 (2): 125-151.

Wichterich, Christa (Hg.). 1994. *Mensch nach Maß. Bevölkerungspolitik in Nord und Süd*. Göttingen: Lamuv.

Wichterich, Christa. 2015. *Reproduktive Gesundheit und Rechte*. Berlin: Heinrich-Böll-Stiftung (Schriften des Gunda-Werner Instituts 11).

Winker, Gabriele. 2013. »Zur Krise sozialer Reproduktion.« In *Care statt Crash: Sorgeökonomie und die Überwindung des Kapitalismus*, hg. v. Hans Baumann u.a. Zürich: Edition 8, S 119-133.

Yuval-Davis, Nira. 1997. *Gender and Nation.* London/New Delhi: Sage.

Yuval-Davis, Nira/Anthias, Floya (Hg.). 1989. *Woman, Nation, State.* New York: St. Martin's Press.

Zeller, Judith. 2014. *Procreativ Liberty: To what extent?* Vortrag beim 9. World Congress of Constitutional Law – Constitutional Challanges: Conclusions of regulatory frameworks in a European context. Vortrag beim IXth World Congress of Constitutional Law – Constitutional Challenges global and local. Oslo 16. Juni 2014.

Zürn, Michael. 1998. *Regieren jenseits des Nationalstaats: Globalisierung und Denationalisierung als Chance*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Zeitschriften- und Zeitungsartikel

Beigbeder, Yves. 2012. »Die Weltgesundheitsorganisation im Wandel.« In *Vereinte Nationen* 5: 195-201. www.dgvn.de/fileadmin/user_upload/PUBLIKATIONEN/Zeitschrift_VN/VN_2012/Beigbeder_VN_ 5-12.pdf.

Heinsohn, Gunnar. 2009. Elterngeld: Fortpflanzungsprämie für die Unterschicht. In *Welt Online*, 3. November 2009. www.welt.de/politik/deutschland/article5061827/Elterngeld-Fortpflanzungspraemie-fuer-Unterschicht.html.

Verzeichnis der Abkürzungen

IPPF International Planned Parenthood Federation

LNHO League of Nations Health Organization (Vorgänger der WHO)

LN League of Nations

NGOs Non-Governmental Organizations

OIHP Office d'Hygiène Publique

PASB Pan American Sanitary Bureau

RHR Reproductive Health and Rights

SRH Sexual and Reproductive Health

SMI Safe Motherhood Initiative

UNFPA United Nations Population Fund

UN United Nations

WHA World Health Assembly

WHO World Health Organization

Soziologie



Naika Foroutan
Die postmigrantische Gesellschaft
Ein Versprechen der pluralen Demokratie

2019, 280 S., kart., 18 SW-Abbildungen
19,99 € (DE), 978-3-8376-4263-6
E-Book: 17,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-4263-0
EPUB: 17,99 € (DE), ISBN 978-3-7328-4263-6



Maria Björkman (Hg.)
Der Mann und die Prostata
Kulturelle, medizinische
und gesellschaftliche Perspektiven

2019, 162 S., kart., 10 SW-Abbildungen
19,99 € (DE), 978-3-8376-4866-9
E-Book: 17,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-4866-3



Franz Schultheis
Unternehmen Bourdieu
Ein Erfahrungsbericht

2019, 106 S., kart.
14,99 € (DE), 978-3-8376-4786-0
E-Book: 17,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-4786-4
EPUB: 17,99 € (DE), ISBN 978-3-7328-4786-0

Leseproben, weitere Informationen und Bestellmöglichkeiten finden Sie unter www.transcript-verlag.de